

Saapunut _____

1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet
Henkilötunnus ja ammatti
Osoite ja postinumero ja -toimipaikka
Puhelinnumero ja sähköpostiosoite
Kotikunta
Edunvalvoja
Kuljettajalle saa antaa puhelinnumeroni tarvittaessa? (Ilmoitetaan kyytiin liittyvät muutokset) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Perhesuhde <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Asumuserossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Avoliitossa
Oletteko hakeneet ensisijaista sosiaalihuoltolain mukaista liikkumista tukevaa kuljetuspalvelua? <input type="checkbox"/> Olen hakenut ja saan palvelua <input type="checkbox"/> Kyllä, ei ole myönnetty / päätöstä ei ole vielä tullut <input type="checkbox"/> En ole hakenut

2. VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma ja /tai sairaus, jonka vuoksi tarvitsette kuljetuspalvelua
Käytättekö apuvälineitä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En käytä
Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Keppi, kyynärsauva <input type="checkbox"/> Rollaattori/Kävelyteline <input type="checkbox"/> Happirikastin /Hengityslaite <input type="checkbox"/> Kyynärsauva <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli/Sähkömopo <input type="checkbox"/> Porraskiipijä <input type="checkbox"/> Muu mikä?
Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään käytössänne olevan apuvälinen turvin? <input type="checkbox"/> Kesällä metriä <input type="checkbox"/> Talvella metriä

VAMMAISPALVELULAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Näkövammaista henkilöä koskevat kysymykset:

Puuttuuko Teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?

Kyllä Ei puutu.

Näkövamman haitta-aste %:

3.ELINOLOSUhteita ja Liikkumista koskevat tiedot

Asutteko yksin?

Kyllä En

Millaista apua tarvitsette päivittäisissä toiminnoissa, esim. kotitaloustöissä, peseytymisessä tai pukeutumisessa?

Käykö kotisairaanhoido/kotihoito? Kyllä Ei

Auttaako joku muu?

VAMMAISPALVELULAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Asuntoni on

Kerrostalossa Rivitalossa Omakotitalossa palvelutalossa

Onko talossanne hissi?

Kyllä Ei Portaiden määrä:

Kuinka liikutte sisällä asunnossanne?

Kuinka selviydte portaissa?

Kuinka liikutte ulkona?

Kuinka pitkä matka on lähimmälle linja-auto pysäkille?

Kuinka pitkä matka on lähimpään palvelukeskukseen?

Mitä liikennevälinettä käytätte asioimis- ja/tai vapaa-ajan matkoilla?

Taksi Oma auto Asiointi- tai palveluliikenne
 Linja-auto Invavarustettu auto

4.KULJETUSPALVELUJEN KÄYTTÖ

Mitkä ovat ne asioimiskohteet, joihin tarvitsette kuljetuspalvelua?

Kuinka monta yhdensuuntaista matkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa?

Kuinka usein käytätte julkisia joukkoliikennevälineitä?

Linja-autoa käytän _____ kertaa kuukaudessa.

Asiointi- tai palveluliikennettä käytän _____ kertaa kuukaudessa.

En voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä

Tarvitsetteko apua matalalattiabussiin tai linja-autoon nousemisessa tai kyydistä poistuessa?

Kyllä. Millaista apua?

En tarvitse

Tarvitsetteko toisen henkilön antamaa apua lähtö- tai määräpaikassa?

En tarvitse

Kyllä tarvitsen, mutta vain autoon nousemisessa/poistumisessa

Kyllä tarvitsen. Minut on noudettava asunnostani.

Kyllä tarvitsen. Tarvitsen apua matkan aikana.

Kyllä tarvitsen. Tarvitsen apua asiointikohteessa.

VAMMAISPALVELULAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELUHAKEMUS

5. ALLEKIRJOITUS

Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

5.1. LOMAKKEEN TÄYTÖSSÄ AUTTANUT HENKILÖ

5.2. KENELTÄ VOI TARVITTAESSA TIEDUSTELLA LISÄTIETOJA?

Nimi:

Puhelinnumero:

6. HAKEMUKSEN LIITTEET

Hakemuksen liitteenä tulee olla terveydenhuollon asiantuntijan (esim. fysioterapeutti) enintään vuoden vanha lausunto, joka sisältää kuvauksen asiakkaan vammasta ja toimintakyvystä. **Todistus on pakollinen.**

Kuljetuspalvelua uudelleen hakiessanne pyydämme lääkärintodistuksen tarvittaessa. Työ- tai opiskelumatkoja hakiessanne liitteenä tulee olla todistus opiskelusta tai työnteosta.

7. HAKEMUKSEN PALAUTTAMINEN JA LISÄTIETOJA

Vammaispalvelun palveluohjaus ja neuvonta p. 013 330 2807 ma-to klo 8.30-10.30

Hakemus palautetaan

Vammaispalvelut

- Länsikatu 15, rak.2, 1 krs., 80110 Joensuu
- Honkalampi-keskus, Ylämyllyntie 94, 80400 Ylämylly

VAMMAISPALVELULAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELUHAKEMUS

SUOSTUMUS TIETOJEN PYYTÄMISEEN

Asiakkaan nimi ja henkilötunnus:

Suostumuksen pyytäjä: _____
(palvelutehtävä ja palveluyksikkö)

Annan suostumukseni itseäni koskevien tarpeellisten ja välttämättömien tietojen hankkimiseen seuraavista Siun soten hyvinvointialueen palveluista. Suostun siihen, että kyseisiä tietoja käsitellään palveluntarpeen selvittämiseksi ja palvelun järjestämiseksi.

- Terveydenhuolto, mikä palvelu ja miltä ajalta _____
- Mielenterveyspalvelu, miltä ajalta _____
- Päihdepalvelut, miltä ajalta _____
- Iäkkäiden palvelut, miltä ajalta _____
- Lapsiperheiden palvelut, miltä ajalta _____
- Lastensuojelu, miltä ajalta _____
- Työikäisten palvelut, miltä ajalta _____
- Vammaispalvelut, miltä ajalta _____

MUUT ASIOINTIIN LIITTYVÄT SUOSTUMUKSET

- Suostumus etäkäyntiin (ammattilaisen kotikäynnin toteuttaminen puhelimen/videon avulla). Etäkäynti on maksuton.
- Suostumus ajanvarauksen ilmoittamiseen tekstiviestillä.

Aika ja paikka _____

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Asiakkaalla on oikeus koska tahansa peruuttaa antamansa suostumus ilmoittamalla peruuttamisesta vammaispalveluun ja omatyöntekijälle.

Tietosuojaseloste: Siunsote.fi > Asiointi > Henkilötietojen käsittely > Tietosuojaselosteet > Sosiaalihuolto > Sosiaalihuollon asiakasrekisteri