

1 HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Hakijan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Ammatti: _____

Osoite: _____

Postinumero: _____

Puhelinnumero: _____

Kuljettajalle saa antaa puhelinnumeron kytymuutosten ilmoittamista varten

☐ Kyllä

☐ Ei

Sähköpostiosoite: _____

Sähköposti: _____

Kotikunta: _____

Asiointikieli: _____

Lähiomainen tai edunvalvoja, nimi- ja yhteystiedot:

Hakijan kotitaloudessa asuvien henkilöiden lukumäärä:

Lähiomaiset tai muut tärkeät ihmissuhteet:

Puolesta asioijan tiedot, nimi- ja yhteystiedot, sähköpostiosoite:

Vammaispalvelut

p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30–14.30

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Noljaantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

www.siunsote.fi

Oletteko hakeneet ensisijaista sosiaalihuoltolain mukaista liikkumista tukevaa kuljetuspalvelua?

- ☐ Olen hakenut ja saan palvelua
- ☐ Kyllä, ei ole myönnetty / päätöstä ei ole vielä tullut
- ☐ En ole hakenut

2 VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma tai sairaus, jonka vuoksi tarvitsette kuljetuspalvelua

Käytättekö apuvälineitä?

- ☐ Kyllä ☐ En käytä

Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella

- ☐ Pyörätuoli
- ☐ Keppi, kyynärsauva
- ☐ Rollaattori/Kävelyteline
- ☐ Happirikastin/Hengityslaite
- ☐ Sähköpyörätuoli/Sähkömopo
- ☐ Porraskiipijä
- ☐ Muu mikä?

Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään käytössänne olevan apuvälineen turvin?

Kesällä _____ metriä Talvella _____ metriä

Vammaispalvelut

p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30–14.30

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Noljakantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

www.siunsote.fi

Näkövammaista koskevat kysymykset:

Puuttuuko Teiltä näkövamman takia suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?

☐ Kyllä ☐ Ei

Näkövamman haitta-asete %:

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?

Asuntoni on

☐ Kerrostalossa ☐ Rivitalossa ☐ Omakotitalossa ☐ palvelutalossa

Onko talossanne hissi?

☐ Kyllä ☐ Ei Portaiden määrä:

Kuinka liikutte sisällä asunnossanne?

Kuinka selviydytte portaissa?

Kuinka liikutte ulkona?

Kuinka pitkä matka on lähimmälle linja-autopysäkillä?

Kuinka pitkä matka on lähimpään palvelukeskukseen?

Vammaispalvelut

p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30–14.30

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Nolja-kantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

www.siunsote.fi

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

☐ Taksi ☐ Oma-auto ☐ Asiointi/palveluliikenne ☐ Linja-auto ☐ Invavarustettu auto

4. KULJETUSPALVELUN KÄYTTÖ

Mitkä ovat 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 poistuessaa?

☐ 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.

Vammaispalvelut

p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30–14.30

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Noljakantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

www.siunsote.fi

8. ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä: _____

Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys: _____

LIITTEET

Hakemuksen liitteenä tulee olla terveydenhuollon asiantuntijan (esim. fysioterapeutti, toimintaterapeutti) 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.

LAKISELOSTUS

Palvelutarpeen arviointi on aloitettava seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun vammainen henkilö taikka hänen laillinen edustajansa tai omaisensa, muu henkilö tai viranomainen on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan hyvinvointialueeseen palvelujen saamiseksi. Vammaisen henkilön tarvitsemien palvelujen ja tukitoimien selvittämiseksi on ilman aiheutonta viivytystä laadittava palvelusuunnitelma. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3 a §.

Rekisterinpitäjän tietosuojaselosteet ovat EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen 2016/679 mukaiset ja asiakkaiden nähtävillä Siun soten verkkosivuilla henkilötietojen käsittely - siunsote.fi. Asiakirjahallinnon vastuista ja tehtävistä on sovittu ja vastuuhenkilö on nimetty.

Asiakastietonne rekisteröidään Siun soten sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän asiakastietojärjestelmään. Järjestelmän rekisteriseloste on nähtävissä perhe- ja sosiaalipalvelujen yksiköissä.

Vammaispalvelut

p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30–14.30

www.siunsote.fi

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Nolkakantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

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. (Asiakastietolaki 53 §)

☐ Terveystieteiden palvelut, mikä palvelu ja milloin ajalta _____☐ Mielenterveyspalvelut, milloin ajalta _____☐ Päihdepalvelut, milloin ajalta _____☐ Iäkkäiden palvelut, milloin ajalta _____☐ Lapsiperheiden palvelut, milloin ajalta _____☐ Lastensuojelu, milloin ajalta _____☐ Työikäisten palvelut, milloin ajalta _____☐ Vammaispalvelut, milloin ajalta _____**MUUT ASIOINTIIN LIITTYVÄT SUOSTUMUKSET**☐ **Suostumus etäkäyntiin** (ammattilaisen kotikäynnin toteuttaminen puhelimen/videon avulla). Etäkäynti on maksuton.☐ **Suostumus ajanvarauksen ilmoittamiseen** tekstiviestillä.

Hyväksyn asiakirjojen sähköisen tiedoksiannon

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

Aika ja paikka _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys _____

Nimen selvennys _____