



### 1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet			
Henkilötunnus		Ammatti	
Lähiosoite		Postinumero ja -toimipaikka	
Puhelin kotiin	Puhelin toimeen	Matkapuhelin	Sähköposti

### 2. KULJETUSPALVELU JOTA HAETAAN

Vammaispalvelulain nojalla voidaan myöntää kuljetuspalvelua asiointi- ja virkistysmatkoihin oman kunnan ja lähikuntien alueella

Tarvitsen kuljetuspalveluita:

- Oman kunnan alueella \_\_\_\_\_ kpl/kk
- Lähikuntiin \_\_\_\_\_ kpl/kk
- Sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n mukainen kotona asumista tukeva kuljetuspalvelu \_\_\_\_\_ kpl/kk

### 3. VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma ja/tai sairaus

Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella

- Pyörätuoli       Rollaattori/kävelyteline       Kyynärsauvat       Keppi
- Sähköpyörätuoli/sähkömopo       Happirikastin/hengityslaite
- Muu, mikä ? \_\_\_\_\_

Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään ulkona vaikeuksista

- Kesällä      metriä       Talvella      metriä

Mikäli joudutte jostakin syystä odottamaan kuljetusta sisällä tai ulkona, tarvitsetteko erityisjärjestelyjä, esim. istumapaikka tai muita järjestelyjä ?

- Tarvitsen sopivan istumapaikan
- Täytyy noutaa sisältä
- Tarvitsen muita järjestelyjä, mitä \_\_\_\_\_
- Alle 10 minuutin odotukseen ei tarvita erityisjärjestelyjä

### Näkövammaisen henkilö täyttää:

Puuttuuko Teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?

- Kyllä       Ei

**4. ELINOLOSUHTEITA KOSKEVAT TIEDOT**

Asutteko yksin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	Asuntoni on <input type="checkbox"/> Kerrostalossa <input type="checkbox"/> 1-kerroksessa <input type="checkbox"/> 2-kerroksessa <input type="checkbox"/> 3-kerroksessa <input type="checkbox"/> Rivitalossa <input type="checkbox"/> Omakotitalossa
Bruttotulot kuukaudessa _____ € (Sosiaalihuoltoasetuksen mukainen kuljetuspalvelu)	
Miten liikutte sisällä asunnossanne?  Miten selviydte portaista?  Asuntonne sijainti palvelujen ja liikenneyhteyksien kannalta? Matka lähimmälle pysäkille _____ km                      Palvelujen sijainti _____ km	
Tarvitsetteko apua kaupassa, postissa tai muiden asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella? <input type="checkbox"/> Kyllä      Kuka auttaa ? _____ <input type="checkbox"/> En	
Käykö Teillä kotipalvelun / kotisairaanhoidon työntekijä tai joku muu avustaja? <input type="checkbox"/> Kotipalvelu _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Muu apu _____ krt/viikko Kuka? _____	

**5. LIIKKUMINEN**

Mitä liikennevälinettä käytätte asioimis- tai vapaa-ajan matkoilla? <input type="checkbox"/> Julkiset joukkoliikennevälineet _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Taksi _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Oma auto _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Invataksi _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Sukulaiset/ystävät kuljettavat _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Polkupyörä _____ krt/viikko	
Tarvitsetteko taksikuljettajan tai toisen henkilön antamaa apua lähtö- tai määräpaikassa? <input type="checkbox"/> Kyllä, aina <input type="checkbox"/> Kyllä toisinaan, milloin ? <input type="checkbox"/> Ei	Onko Teillä saattaja mukana? <input type="checkbox"/> Kyllä, aina <input type="checkbox"/> Kyllä toisinaan, milloin ? <input type="checkbox"/> Ei  Kuka yleensä saattaa?
Onko perheessänne auto ? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Oletteko saanut autoveron palautusta/VpL:n mukaista tukea <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

**6. SUOSTUMUS**

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä. <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**7. ALLEKIRJOITUS**

Paikka ja päivämäärä  /      20	Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys
---------------------------------------	------------------------------------------

**8. LIITTEET**

Lääkärintodistus
------------------

Asiakastiedot rekisteröidään Raahen seudun hyvinvointi kuntayhtymän asiakastietojärjestelmään.