



Vammaispalveluiden kuljetuspalveluhakemus

Saapunut ____ / ____ ____

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero
Postitoimipaikka	Puhelin

Yhteyshenkilö (henkilö, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä)	Nimi, puhelinnumero, suhde asiakkaaseen:
Edunvalvoja	Nimi, osoite, puhelinnumero:
Asuminen	<input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Yhteisasuminen, suhteenne asuinkumppaniin _____ <input type="checkbox"/> Laitoshoito <input type="checkbox"/> Asumispalvelu <input type="checkbox"/> Palvelutalo
Asumismuoto	<input type="checkbox"/> Kerrostalo, asuinkerros ____ <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo Asunnossa on <input type="checkbox"/> Portaat <input type="checkbox"/> Hissi
Sairaudet/vammat	Mitkä sairaudet/vammat vaikeuttavat liikkumista? Miten sairaudet/vammat vaikuttavat liikkumiseen?
Apuvälineet	Mitä apuvälineitä tarvitsette liikkumiseen?

	Tarvitsetteko toisen ihmisen tukea tai saattajaa liikkumiseen? Kuka toimii saattajana?
Liikkuminen	Tämän hetkinen liikuntakyky?
	Kuinka pitkän matkan pystytte omatoimisesti liikkumaan ulkona tai kodin ulkopuolella?
	Voitteko käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä? Miten vamma/sairaus estää teitä käyttämästä julkista liikennettä?
	Onko käytössänne sosiaalihuollon mukainen kuljetuspalvelukortti? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Oletteko käyttänyt Ilmajoella toimivaa asiointitaksia? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei, miksi ette käytä asiointitaksia?
	Ajatteko itse autoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Onko perheessänne auto? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Tarvitsetteko invataksin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Onko vuodessa aikoja, jolloin voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua?
	Miten hoidatte tällä hetkellä asiointimatkanne?
Kuljetuspalveluiden tarve	Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin: <input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistys Montako yhdensuuntaista matkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa? _____ <input type="checkbox"/> Opiskelu <input type="checkbox"/> Työ <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____ Montako yhdensuuntaista matkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa? _____

	Huom. Opiskelumatkoja haettaessa tämän hakemuksen liitteeksi on laitettava todistus opiskelusta ja työmatkoja haettaessa mukaan on liitettävä työntekijän todistus.
Lisätietoja	

Hakemuksen vahvistaminen	<p>Asiakas suostuu siihen, että Ilmajoen sosiaalitoimi voi tehdä keskinäistä yhteistyötä ja vaihtaa palveluiden järjestämisen kannalta oleellisia ja tarpeellisia tietoja muiden viranomaisten kanssa.</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi</p> <p>Aika ja paikka _____</p> <p>Allekirjoitus ja nimenselvennys _____</p> <p>Mukaan on liitettävä sairauskertomus/lääkärinlausunto/muun terveydenhuollon asiantuntijan lausunto/toimintakyvyn arviointilomake kuljetuspalvelua varten</p> <p><input type="checkbox"/> Liitteenä <input type="checkbox"/> Toimitan myöhemmin</p>
--------------------------	---

Lisätietojen kysely ja palautusosoite	<p>Neuvonta ja ohjaus: Palveluohjaaja Helena Mäki-Kahma puh. 044 4191 257 Vammaispalvelukoordinaattori/sosiaalityöntekijä Kirsti Yli-Ojanperä puh. 044 4191 255</p> <p>sähköpostiosoitteet: etunimi.sukunimi@ilmajoki.fi</p> <p>Hakemuksen palautusosoite: Ilmajoen kunta / sosiaalitoimisto / vammaispalvelut PL 23 60801 Ilmajoki</p>
---------------------------------------	---