



SIILINJÄRVI

Siilinjärven kunta  
Sosiaali- ja vammaispalvelut

## HAKEMUS/TARKISTUS

## VAIKEAVAMMAISTEN HENKILÖIDEN KULJETUSPALVELU

Hakemuksen saapumispäivä \_\_\_/\_\_\_

postitse  jätetty toimistoon 

<b>Hakijan henkilötiedot</b>	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite ja postitoimipaikka	Puhelinnumero
	Siviilisäätö <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio/avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	Huollettavien lasten lkm
	Asuntotyyppi <input type="checkbox"/> tavallinen asunto <input type="checkbox"/> tavallinen asunto, jossa vammaisvarustus <input type="checkbox"/> vaikeavammaisten palveluasunto <input type="checkbox"/> muu palveluasunto <input type="checkbox"/> muu, mikä _____	Samassa taloudessa asuvat
<b>Päivittäinen toiminta</b>	<input type="checkbox"/> kotona <input type="checkbox"/> ansiotyössä <input type="checkbox"/> työtoiminnassa <input type="checkbox"/> käy koulua tai opiskelee	<input type="checkbox"/> lapsille järjestetyn päivätoiminnan piirissä <input type="checkbox"/> muussa järjestetyssä päivätoiminnassa <input type="checkbox"/> muu mikä _____
<b>Liikkumisvaikeus</b>	Kuvaile millaisia vaikeuksia liikkumisessanne esiintyy	
	Mitä apuvälineitä käytätte liikkumisessanne? <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Keppi/kävelysauvat <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Opaskoira <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Kyynär-/kainalosauvat <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli/-mopo <input type="checkbox"/> Saattaja	
<b>Oman auton käyttö</b>	Onko perheessänne autoa? <input type="checkbox"/> ei ole <input type="checkbox"/> on, hakijalla <input type="checkbox"/> on, muulla perheenjäsenellä	
	Jos perheessä on auto, voidaanko sitä käyttää hakijan matkoihin?	
	Onko hakijan autoon saatu <input type="checkbox"/> autoveronpalautus <input type="checkbox"/> autoavustus _____ € sosiaalivirastosta <input type="checkbox"/> autoavustus _____ € Kelalta	

Postiosoite  
Siilinjärven kunta  
Sosiaali- ja vammaispalvelut  
PL 5  
71801 SiilinjärviKäyntiosoite  
Kasurilantie 1  
[www.siilinjarvi.fi](http://www.siilinjarvi.fi)Puhelin  
017 401 111 (vaihe)  
Faksi 017 462 1102Sähköposti  
etunimi.sukunimi@siilinjarvi.fi  
Y-tunnus 0172718-0

**Kuljetus-  
palvelun  
tarve**

Asioimis- ja virkistysmatkoja \_\_\_\_\_ kpl yhdensuuntaista matkaa /kk,  
joista lähikuntien alueelle suuntautuvia matkoja \_\_\_\_\_ kpl/kk.

Työmatkoja \_\_\_\_\_ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk.

Työpaikka ja työaika (päivittäinen/viikoittainen työaika):

Opiskelumatkoja \_\_\_\_\_ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk.

Opiskelupaikka, -ala ja opiskeluaika: \_\_\_\_\_

Minä aikana vuodesta voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua? (kuukaudet)

en koskaan

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oletteko kulkenut Pali-autolla?  Kyllä

Ei

Miten hoidatte tällä hetkellä asiointimatkanne (esim. kävellen,  
polkupyörällä, linja-autolla, Pali-autolla, taksilla, jonkun kyydissä)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Käykö kotihoito? Kuinka usein?

Onko puolisoa, sukulaista tai tuttavaa, joka hoitaa asiointiasiat?

Onko saamanne apu riittävä?

<b>Saattajan tarve</b>	<b>Saattajan apu on tarpeellinen, jos taksin/invataksin apu ei riitä.</b>
	Onko saattaja välttämätön käyttäessänne kuljetuspalvelua?
	Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla?
	Onko tiedossanne henkilöä, joka voi toimia saattajana?
<b>Suostumus</b>	Toivomuksia kuljetus- ja saattopalvelujen järjestämiseksi sekä mahdolliset lisätiedot
	Suostun siihen, että hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)§14-20 <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu
<b>Allekirjoitus</b>	Saadaanko puhelinnumero luovuttaa Teitä noutavan ajoneuvon kuljettajalle matkan ajaksi. <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Paikka, aika ja hakijan allekirjoitus  _____ / _____ 20____
<b>Liitteet</b>	Hakemuksen liitteenä on oltava lääkärintodistus, joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta sekä toimintakyvystä.
	Mikäli haette kuljetuspalvelua työ- tai opiskelumatkoihin, on liitteenä oltava todistus työstä / opiskelusta.
	Läkärintodistus <input type="checkbox"/> Toimitettu aiemmin <input type="checkbox"/> Liitteenä <input type="checkbox"/> Toimitetaan myöhemmin
	<input type="checkbox"/> Muita liitteitä; mitä?
<b>Mikäli tämä on ensimmäinen vammaispalveluun toimittamanne hakemus, tulee teidän liittää mukaan lääkärinlausunto.</b>	
<b>Tarkistuksen liitteeksi</b> <input type="checkbox"/> tarvitaan uusi lääkärinlausunto <input type="checkbox"/> ei tarvita uutta lääkärinlausuntoa	