



SIILINJÄRVI

Siilinjärven kunta, sosiaali- ja vammaispalvelut

**PALVELUHAKEMUS  
VAMMAIS- JA KEHITYSVAMMAPALVELUIHIN**

Hakemus saapunut \_\_\_\_\_

postitse  jätetty toimistoon **HAKIJAN HENKILÖTIEDOT**

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Ammatti	
Osoite	Puhelinnumero
Sähköpostiosoite	
Väestökirjalain mukainen kotipaikka	
Lähiomainen tai edunvalvoja, nimi- ja yhteystiedot	
Hakijan kotitaloudessa asuvien henkilöiden lukumäärä	
Lähiomaiset tai muut tärkeät ihmissuhteet	
Puolesta asioijan tiedot, nimi- ja yhteystiedot, sähköpostiosoite	

**HAETTAVA PALVELU****Vammaispalvelulain nojalla haettava palvelu**

<input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus laitteet	<input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja
<input type="checkbox"/> Palveluasuminen	<input type="checkbox"/> Päivittäisessä toiminnossa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet
<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu	<input type="checkbox"/> Ylimääräisen vaatetuksen kustannukset
<input type="checkbox"/> Muu, mikä :	<input type="checkbox"/> Erytisravintokustannukset Haettavat kustannukset yllämainituista, jos tiedossa:

**Kuljetuspalvelua haetaan erillisellä lomakkeella****Kehitysvammalain nojalla haettava palvelu**

<input type="checkbox"/> Päivähoito kuntouksellisista syistä	<input type="checkbox"/> Asumispalvelu
<input type="checkbox"/> Koululaisten aamu- ja iltapäivähoito sekä loma-ajan hoito	<input type="checkbox"/> Työ- ja päivätoiminnan palvelu
<input type="checkbox"/> Tilapäishoito	<input type="checkbox"/> Pitkäaikainen kuntoutus
<input type="checkbox"/> Vaalijalan Pohjois-Savon pkl-palvelut, mikä:	<input type="checkbox"/> Kuntoutusjaksot
<input type="checkbox"/> Muu, mikä:	

**Postiosoite**  
Siilinjärven kunta  
Sosiaali- ja vammaispalvelut  
PL 5  
71801 Siilinjärvi

**Käyntiosoite**  
Kasurilantie 1  
[www.siilinjarvi.fi](http://www.siilinjarvi.fi)

**Puhelin**  
017 401 111 (vaihe)  
**Faksi** 017 462 1102

**Sähköposti**  
etunimi.sukunimi@siilinjarvi.fi  
**Y-tunnus** 0172718-0

**HAETTAVAN PALVELUN PERUSTIEDOT**

Selvitys haettavasta palvelusta/tukitoimesta (asiakkaan oma näkemys ja perustelut palveluntarpeesta)
Milloin ja missä avuntarve, toimintakyvyn vaje on aiheutunut?
Missä asioissa tarvitsette apua toimintakyvyn vajeen vuoksi?
Millä tavalla haettava palvelu auttaisi itsenäistä selviytymistänne?
Saatteko palvelua tai korvausta muualta samaan tarkoitukseen, mistä? Esimerkiksi vakuutusyhtiöistä.
<b>VAMMAN TAI SAIRAUDEN AIHEUTTAMA AVUNTARVE</b> <input type="checkbox"/> Ilman apua tai apuvälineitä <input type="checkbox"/> Apuvälineiden avulla. Mikä apuväline? <input type="checkbox"/> Toisen henkilön avustamana. Miten?

**Postiosoite**

Siilinjärven kunta  
Sosiaali- ja vammaispalvelut  
PL 5  
71801 Siilinjärvi

**Käyntiosoite**

Kasurilantie 1

[www.siilinjarvi.fi](http://www.siilinjarvi.fi)

**Puhelin**

017 401 111 (vaihde)

**Faksi** 017 462 1102

**Sähköposti**

etunimi.sukunimi@siilinjarvi.fi

**Y-tunnus** 0172718-0

**VAMMAN TAI SAIRAUDEN AIHEUTTAMA AVUNTARVE**

## Päivittäiset toiminnot

1 = Selviydy omatoimisesti 2 = Tarvitsen apua jonkin verran 3 = Tarvitsen apua erittäin paljon

- | 1                        | 2                        | 3                        |                                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peseytyminen                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | WC-toiminnot                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pukeutuminen                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ruuanvalmistus                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ruokailu                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kodinhoito                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asiointi kodin ulkopuolella       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kommunikaatio, viestintä          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lääkehoito                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lastenhoito                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avuntarve, jossain muussa, missä? |

Saatteko kotihoidon palveluja?  <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Kuinka usein?	Mitä palveluja?
Auttavatko omaiset Teitä?  <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Kuinka usein?	Mitä palveluja esim. omaishoidontuki?
Auttaako joku muu Teitä (ystävä, naapuri, tukihenkilö, henkilökohtainen avustaja)?  <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Kuinka usein?	Mitä palveluja?

Mihin tarkoitukseen haette palvelua ja kuinka paljon?

**HAETTAVAN PALVELUN PERUSTIEDOT**

--

Onko hakijalle myönnetty aikaisemmin vammaispalvelua

 ei  kyllä

Onko asunto

 hakijan omistuksessa vuokra-asunto, asunnon omistaa \_\_\_\_\_

vuokranantajan nimi

Saako hakija ko. palveluihin tai kustannuksiin korvausta muun lain pohjalta

 ei  kyllä, mistä \_\_\_\_\_**SUOSTUMUS**

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää seuraavilta tahoilta minua koskevia tietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä ja tarpeellisia (laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista 812/2000 § 14-20).

 Suostun  En suostu Terveydenhuolto Lapsiperhepalvelut Ikäihmisten palvelut Aikuissosiaalityö Päihde- ja mielenterveyspalvelut Sivistyspalvelut (koulu ja päiväkotit) Muu, mikä? \_\_\_\_\_

Voin peruuttaa suostumukseni milloin vain ottamalla yhteyttä asiaani hoitavaan työntekijään.

**ALLEKIRJOITUS**

Paikka ja päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

**LIITTEET** Hakemuksen liitteenä tulee olla lääkärin lausunto (enintään vuoden vanha), joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta sekä toimintakyvystä Kustannusarvio Muut asiantuntijalausunnot

Asiakastietonne rekisteröidään aikuissosiaalityön asiakastietojärjestelmään. Järjestelmän rekisteriote on nähtävissä aikuissosiaalityön yksikössä.

**Postiosoite**Siilinjärven kunta  
Sosiaali- ja vammaispalvelut  
PL 5  
71801 Siilinjärvi**Käyntiosoite**

Kasurilantie 1

[www.siilinjarvi.fi](http://www.siilinjarvi.fi)**Puhelin**

017 401 111 (vaihe)

**Faksi** 017 462 1102**Sähköposti**

etunimi.sukunimi@siilinjarvi.fi

**Y-tunnus** 0172718-0