



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 kuntoutuksellisista 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

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.
VAMMAN TAI SAIRAUDEN AIHEUTTAMA AVUNTARVE <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

Puhelin

017 401 111 (vaihde)

Faksi 017 462 1102

Sähköposti

etunimi.sukunimi@siilinjarvi.fi

Y-tunnus 0172718-0

www.siilinjarvi.fi

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 asiakkaan 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**Puhelin**

017 401 111 (vaihe)

Faksi 017 462 1102**Sähköposti**

etunimi.sukunimi@siilinjarvi.fi

Y-tunnus 0172718-0