

Ikääntyvien palvelut/
 palveluohjaus ja tukipalvelut
 Tapparakatu 1-3
 76100 Pieksämäki

KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu

Sotilasvammalain mukainen haitta-aste _____ % vahingonnumero _____

Henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus			
	Osoite		Puhelinnumero			
	Postinumero		Paikkakunta			
	Äidinkieli		Sähköposti			
	Perhesuhteet: ☐ naimaton ☐ naimisissa ☐ avoliitossa ☐ eronnut ☐ leski					
Taustatiedot	Edunvalvoja, huoltaja, asioiden hoitaja (yhteystiedot)					
	Muut perheenjäsenet:					
	☐ Perheessämme ei ole autoa. ☐ Perheessämme on auto, joka on kuljetuspalvelua hakevan omistuksessa. ☐ Perheessämme on auto, joka on jonkun toisen perheenjäsenen omistama. Ajatteko itse autoa ☐ Kyllä ☐ Ei Jos hakijan perheessä on auto, miksi haettavia matkoja ei voida suorittaa tällä autolla?					
Kuljetuspalvelu, jota haetaan	Yhdensuuntaista matkaa/kk ja rastitaan mihin tarkoitukseen					
	matkaa/kk ☐ Asioimismatkat matkaa/kk ☐ Virkistysmatkat					
	Miten matkat on hoidettu aiemmin?					

Kuljetus- palvelun tarve	Oma näkemys kuljetuspalvelun tarpeesta
Vammat ja / tai sairaudet	Kuljetustuen tarpeeseen vaikuttavat vammat ja / tai sairaudet

Liikkuminen ja asiointi	Apuvälineet Sisällä: Liikkumisessa käyttämäni apuväline: ☐ Ei apuvälineitä ☐ Keppi/kepit ☐ Kyynär- tai kainalosauvat ☐ Rollaattori/ kävelyteline, ☐ Pyörätuoli ☐ Muu, mikä? Ulkona Liikkumisessa käyttämäni apuväline: ☐ Ei apuvälineitä ☐ Keppi/kepit ☐ Kyynär- tai kainalosauvat ☐ Rollaattori/ kävelyteline, ☐ Pyörätuoli ☐ Sähkömopo ☐ Muu, mikä? Aistitoiminnot <table> <tr> <td>Näkö</td> <td>Kuulo</td> </tr> <tr> <td>☐ hyvä ☐ heikko ☐ sokea</td> <td>☐ hyvä ☐ heikko ☐ kuuro</td> </tr> </table> Asiointi Millaisia vaikeuksia teillä on liikkua kodin ulkopuolella? Julkiset liikennevälineet Voitteko käyttää asiointi- ja vapaa-ajan matkoillanne julkisia joukkoliikennevälineitä tai palveluliikennettä? ☐ Kyllä ☐ Ajoittain ☐ Saattajan avulla ☐ En voi käyttää lainkaan, miksi ei? Kuinka usein käytätte julkisia joukkoliikennevälineitä? krt/viikko, krt/kk.	Näkö	Kuulo	☐ hyvä ☐ heikko ☐ sokea	☐ hyvä ☐ heikko ☐ kuuro
Näkö	Kuulo				
☐ hyvä ☐ heikko ☐ sokea	☐ hyvä ☐ heikko ☐ kuuro				
Elinolosuhteet	Asuminen: ☐ Omakotitalossa ☐ Rivitalossa ☐ Kerrostalossa ☐ Palvelutalossa ☐ Tehostetussa palveluasumisyksikössä ☐ Laitoshoidossa pysyvästi				

Lisätietoja	Suostun palvelua koskevan päätöksenteon kannalta tarvittavien tietojen tarkistamiseen muilta viranomaisilta ja terveydenhuollon tietojärjestelmästä (esim. lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, vanhustenhuolto, kotihoito)? ☐Kyllä ☐En Henkilön nimi ja puhelinnumero, jolta lisätietoja voi hankkia: Hakemuksen täyttäjän/ hakemuksen teossa avusti nimi ja puhelinnumero: Saako hakemuksen täyttäjään olla yhteydessä? Ei / Kyllä
	Vakuutan vastanneeni todenmukaisesti tässä lomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Paikka ja aika / 20 Allekirjoitus ja nimenselvennys (hakija tai edustaja) _____

Asiakastiedot rekisteröidään sosiaali- ja terveystoimen asiakastietojärjestelmään.

Liitteet kpl

LIITTEET

Hakemuksen liitteenä tulee olla

1. vapaamuotoinen lääkärintodistus koskien toimintakykyä. Lausunnon tulee sisältää selvitys hakijan vammasta tai sairaudesta ja sen aiheuttamista liikkumisvaikeuksista sekä lääkärin kannanotto, miksi ei voi käyttää julkista liikennettä.
2. tositteet hakijan sekä puolison tuloista (eläke, rintamalisä, korko-, osinko- ja vuokratulot, metsätulo) ja pankkitalletuksista.
3. kopio viimeisimmästä veropäätöksestä kokonaisuudessaan.

Täyttäkää hakemuslomake huolellisesti. Selvittäkää mahdollisimman tarkoin, minkälaisia jokapäiväiseen elämään ja liikkumiseen liittyviä vaikeuksia ja rajoituksia Teillä on ja millä tavoin olette tähän asti niistä selvinnyt. Voitte tarvittaessa jatkaa lisäselvityksiä erilliselle paperille.

Palautusosoite: **Ikääntyvien palvelut/
Palveluohjaus ja tukipalvelut
Tapparakatu 1-3
76100 Pieksämäki**

Lisätietoja voitte kysyä kotihoidon palveluohjaajalta puh. 0400 855 721 ma-pe klo 9-11