

Saapumispäivä _____

Sotilasvammalain mukainen haitta-aste _____ % **vahingonnumero** _____

Henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
	Osoite		Puhelinnumero
	Postinumero	Paikkakunta	
	Äidinkieli		Sähköposti
	Perhesuhteet: <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski		
Taustatiedot	Edunvalvoja, huoltaja, asioiden hoitaja (yhteystiedot)		
	Muut perheenjäsenet:		
Kuljetus- palvelu, jota haetaan	<input type="checkbox"/> Perheessämme ei ole autoa. <input type="checkbox"/> Perheessämme on auto, joka on kuljetuspalvelua hakevan omistuksessa. <input type="checkbox"/> Perheessämme on auto, joka on jonkun toisen perheenjäsenen omistama. Ajatteko itse autoa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Jos hakijan perheessä on auto, miksi haettavia matkoja ei voida suorittaa tällä autolla?		
	Yhdensuuntaista matkaa/kk ja rastitaan mihin tarkoitukseen		
	_____matkaa/kk <input type="checkbox"/> Asioimismatkat _____matkaa/kk <input type="checkbox"/> 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	<p>Apuvälineet Sisällä: Liikkumisessa käyttämäni apuväline: <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Keppi/kepit <input type="checkbox"/> Kyynär- tai kainalosauvat <input type="checkbox"/> Rollaattori/kävelyteline <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____</p> <p>Ulkona: Liikkumisessa käyttämäni apuväline: <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Keppi/kepit <input type="checkbox"/> Kyynär- tai kainalosauvat <input type="checkbox"/> Rollaattori/kävelyteline <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Sähkömopo <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____</p> <hr/> <p>Aistitoiminnot Näkö: <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea Kuulo: <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuuro</p> <hr/> <p>Asiointi Millaisia vaikeuksia Teillä on liikkua kodin ulkopuolella?</p> <hr/> <p>Julkiset liikennevälineet Voitteko käyttää asiointi- ja vapaa-ajan matkoillanne julkisia joukkoliikennevälineitä tai palveluliikennettä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ajoittain <input type="checkbox"/> Saattajan avulla <input type="checkbox"/> En voi käyttää lainkaan, miksi ei? _____</p> <hr/> <p>Kuinka usein käytätte julkisia joukkoliikennevälineitä? _____krt/viikko, _____krt/kk.</p>
Elin-olosuhteet	<p>Asuminen: <input type="checkbox"/> Omakotitalossa <input type="checkbox"/> Rivitalossa <input type="checkbox"/> Kerrostalossa <input type="checkbox"/> Palvelutalossa <input type="checkbox"/> Tehostetussa palveluasumisyksikössä <input type="checkbox"/> Laitoshoidossa pysyvästi</p>
Lisätietoja	<p>Suostun palvelua koskevan päätöksenteon kannalta tarvittavien tietojen tarkistamiseen muilta viranomaisilta ja terveydenhuollon tietojärjestelmästä (esim. lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, vanhustenhuolto, kotihoito)? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En</p> <p>Henkilön nimi ja puhelinnumero, jolta lisätietoja voi hankkia:</p> <p>Hakemuksen täyttäjän/ hakemuksen teossa avusti nimi ja puhelinnumero:</p> <p>Saako hakemuksen täyttäjään olla yhteydessä? Ei / Kyllä</p>

Allekirjoitus	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: **Pieksämäen kaupunki**
Sosiaali- ja terveystalokeskus
Ikäntyvien palvelut/Palveluohjaus ja tukipalvelut
PL 101
76101 Pieksämäki

Lisätietoja voitte kysyä palveluohjaajalta puh. 0400 855 721 ma-pe klo 8-10.