

## VAMMAISPALVELUHAKEMUS

Saapunut: \_\_\_\_\_

- Ensimmäinen hakemus  Jatkohakemus  Lisätunti- / muutoshakemus

### HAKIJAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Ammatti (myös entinen)	Puhelin
Väestökirjalain mukainen kotipaikkakunta	
Sähköposti	
Siviilisäätö <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio- / avoliitossa <input type="checkbox"/> erossa asuva <input type="checkbox"/> rek. parisuhde <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	
Asuminen <input type="checkbox"/> omistusasunto <input type="checkbox"/> vuokra-asunto <input type="checkbox"/> palveluasunto <input type="checkbox"/> muu, mikä?	
Muut samassa taloudessa asuvat	
Yhteyshenkilön nimi ja yhteystiedot (lähiomainen/edunvalvoja/huoltaja)	
Vamma tai sairaus, milloin ja missä vamma ja/tai sairaus aiheutunut? (lääkärilausunto/ muu vastaava asiantuntijalausunto liitteeksi haettaessa ensimmäistä kertaa tai vedotaan vamman tai sairauden muutokseen)	

### HAETTAVAT VAMMAISPALVELUT (tarvittaessa erittely, mitä haetaan)

<input type="checkbox"/> henkilökohtainen avustaja / apu <input type="checkbox"/> asunnon muutostyöt <input type="checkbox"/> välineet, koneet ja laitteet, mitkä ----- <input type="checkbox"/> vaikea-, tai kehitysvammaisen palveluasuminen <input type="checkbox"/> sopeutumisvalmennus <input type="checkbox"/> muu palvelu tai taloudellinen tukitoimi, mikä?	<input type="checkbox"/> liikkumista tukeva palvelu <input type="checkbox"/> ylimääräiset vaatekustannukset <input type="checkbox"/> ylimääräiset erityisravintokustannukset <input type="checkbox"/> auton apuvälineet/muutostyöt <input type="checkbox"/> autoavustus
---	---

Perustelut haettavalle palvelulle ja sen tarpeelle
Arvioidut kustannukset tai erillinen kustannusarvio
Pankki ja IBAN-numero (haettaessa rahallista korvausta)

## APUVÄLINEET JA PALVELUT

Käytössä olevat apuvälineet <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> kyynärsauvat <input type="checkbox"/> keppi <input type="checkbox"/> hoitotarvikkeet <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> turvapuhelin <input type="checkbox"/> muu, mikä?
Kuntoutustoimenpiteet (esim. KELAn myöntämät) / päivätoiminta
Käytössä olevat palvelut <input type="checkbox"/> kotihoito <input type="checkbox"/> ateriapalvelu <input type="checkbox"/> hygieniapalvelu <input type="checkbox"/> kauppapalvelu <input type="checkbox"/> saattaja <input type="checkbox"/> turvapuhelin <input type="checkbox"/> siivouspalvelu <input type="checkbox"/> liikkumista tukevat palvelut <input type="checkbox"/> vapaaehtois- / ystäväpalvelu <input type="checkbox"/> henk.koht. avustaja _____ tuntia / vko
Saako hakija korvausta tai avustusta jostain muualta? <input type="checkbox"/> liikennevakuutus <input type="checkbox"/> sotilasvammavakuutus <input type="checkbox"/> hoito- /vammainen tuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> tapaturmavakuutus <input type="checkbox"/> Kelan kuntoutus <input type="checkbox"/> potilasvahinkovakuutus <input type="checkbox"/> vapaaehtoinen vakuutus, mikä?  vakuutusyhtiön nimi ja vahinkonumero

## LISÄTIETOJA

<input type="checkbox"/> VIRANOMAINEN VOI PYYTÄÄ TARVITTAESSA LISÄTIETOJA MUILTA YHTEISTYÖTAHOILTA Sosiaaliviranomainen voi saada veroviranomaiselta ja Kelalta teknisen käyttöyhteyden avulla näiden rekisterissä olevia, salassa pidettäviä henkilötietoja asiakkaan suostumuksesta riippumatta maksun määräytymistä ja tietojen tarkistamista varten. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista)
<input type="checkbox"/> MUU TAHO Työntekijä lisää tarvittaessa

<b>LIITTEET</b> <input type="checkbox"/> toimitettu <input type="checkbox"/> liitteenä <input type="checkbox"/> toimitetaan myöhemmin
<input type="checkbox"/> lääkärinlausunto (B- tai C-lausunto)
<input type="checkbox"/> asiantuntijalausunto esim. toimintaterapeutti, fysioterapeutti
<input type="checkbox"/> kustannusarvio
<input type="checkbox"/> lisäliite autoavustuksen tai auton apuvälineiden muutoksien hakemista varten
<input type="checkbox"/> muu, mikä?

## PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS

Paikka ja aika	Allekirjoitus
Hakemuksen täyttämässä avustanut	
Nimi ja yhteystiedot (ja virka-asema)	

Hakemus palautetaan: Askolan kunta, Sosiaalitoimi, Terveystie 1, 07500 Askola