



Saapunut:

Vammaispalvelulain, kehitysvammalain ja sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut

1 HAKIJAN HENKILÖTIEDOT	
Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Katuosoite	
Postinumero- ja toimipaikka	Ammatti
Puhelin (koti, matkapuhelin)	Sähköpostiosoite
Samassa taloudessa asuvat	
Lähimmäisen tai edunvalvojan nimi ja yhteystiedot	
Äidinkieli <input type="checkbox"/> suomi <input type="checkbox"/> ruotsi <input type="checkbox"/> viittoma <input type="checkbox"/> muu, mikä?	
Pankki ja pankkitilin numero (IBAN)	
2 HAETTAVA PALVELU	
Vammaispalvelulain nojalla haettava palvelu	
<input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus	<input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet
<input type="checkbox"/> Palveluasuminen	<input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet
<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu (lisäselvitys kohtaan 4)	<input type="checkbox"/> Ylimääräisen vaatetuksen kustannukset
<input type="checkbox"/> Vaikeavammaisten päivätoiminta	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?
<input type="checkbox"/> Tukihenkilö	
Kehitysvammalain nojalla haettava palvelu	
<input type="checkbox"/> Koululaisten aamu- ja iltapäivähoito sekä loma-ajan hoito	<input type="checkbox"/> Asumispalvelu
<input type="checkbox"/> Tukihenkilö	<input type="checkbox"/> Päivä- ja työtoiminnan palvelu
<input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito	<input type="checkbox"/> Laitoshoido
<input type="checkbox"/> Perhehoito	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?
Sosiaalihuoltolain nojalla haettava palvelu	
<input type="checkbox"/> Asumispalvelu	<input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito
<input type="checkbox"/> Päivä- ja työtoiminta	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?
3 PERUSTELUT	
Vamma tai sairaus	



Saatteko palvelua tai korvausta vamman tai sairauden perusteella? Mistä?	
Missä asioissa tarvitsette apua vamman tai sairauden vuoksi?	
Millä tavalla haettava palvelu auttaisi selviytymistänne?	
Saatteko kotipalvelua/kotihoitoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	
Jos saatte, niin mihin asioihin ja kuinka paljon?	
4 HENKILÖKOHTAINEN APU	
Mihin tarvitsette henkilökohtaista apua vamman tai sairauden takia?	
Kuinka monta tuntia viikossa tai kuukaudessa haette henkilökohtaista apua?	
5 SUOSTUMUS	
Hakemustani käsitellään moniammatillisessa arviointiryhmässä, jossa on viranhaltijoita perusturvaosaston eri palveluista. Hakemustani käsittelevät työntekijät voivat muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä. <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu	
6 ALLEKIRJOITUS	
Päiväys	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys
7 HAKEMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ AVUSTANUT HENKILÖ	
Nimi	
Virka-asema tai sukulaisuussuhde	Puhelin (koti, matkapuhelin)
LIITTEET <input type="checkbox"/> Lääkärin todistus <input type="checkbox"/> Muu liite, mikä?	

Lomake palautetaan:

Siuntion kunta • Perusturvaosasto/sosiaalipalvelut • Puistopolku 1 • 02580 Siuntio