



Saapunut:

Vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua voi saada vaikeavammaisen henkilö, jolla on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei voi vammansa tai sairautensa vuoksi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman erityisiä tai kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Mikäli tämä on ensimmäinen vammaispalveluun toimittamanne hakemus, tulee teidän liittää mukaan lääkärinlausunto.

1 HAKIJAN HENKILÖTIEDOT	
Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Katuosoite	
Postinumero- ja toimipaikka	Ammatti
Puhelin (koti, työ, matkapuhelin)	Sähköpostiosoite
Kotipaikka väestötietolain mukaan	Äidinkieli <input type="checkbox"/> suomi <input type="checkbox"/> ruotsi <input type="checkbox"/> viittoma <input type="checkbox"/> muu, mikä?
Perhesuhde <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Asumuserossa/ erossa asuva	<input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde
Samassa taloudessa asuvat	
Onko teillä erityisiä vaikeuksia kommunikoinnissa tai puheen tuottamisessa? Pystyttekö esim. kertomaan kuljettajalle tai kuljetustilauksen vastaanottajalle matkanne määränpään? <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Epäselvä puhe <input type="checkbox"/> Käytän viittomia <input type="checkbox"/> Jokin muu kommunikoinnin apuväline, mikä?	
Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin <input type="checkbox"/> Työmatkat (täyttäkää kohta 4) <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat (täyttäkää kohta 5) <input type="checkbox"/> Asioimis- ja vapaa-ajan matkat	
2 VAMMAISUUTTA TAI SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT	
Vamma ja/tai sairaus	
Oma näkemys kuljetuspalvelun tarpeesta	



Käytättekö liikkumisessanne apuvälineitä?

Kyllä Ei

Apuväline, joka teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella

Pyörätuoli Rollaattori/kävelyteline Kynänsauvat
 Keppi/kepit Sähköpyörätuoli/sähkömopo Happirikastin/hengityslaite
 Muu, mikä?

Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään ulkona vaikeuksitta?

Kesällä _____ metriä. Talvella _____ metriä.

Onko teillä todettu allergia, joka on otettava huomioon kuljetusta toteutettaessa?

Eläinallergia Hajusteallergia Pöly/siitepölyallergia
 Muu, mikä?

Aiheuttaako pakkanen teille hengenahdistusta?

Kyllä Ei

Mikäli joudutte jostakin syystä odottamaan kuljetusta sisällä tai ulkona, tarvitaanko ehdottomasti istumapaikka tai muita järjestelyjä?

Tarvitsen sopivan istumapaikan Täytyy tässä tapauksessa noutaa sisältä
 Alle 10 minuutin odotukseen en tarvitse erityisjärjestelyjä
 Tarvitsen muita järjestelyjä, mitä?

Näkövammaisen henkilö täyttää:

Puuttuuko teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?

Kyllä Ei

Oletteko saanut näkövamma vuoksi liikkumistaidon ohjausta?

Kyllä Ei

3 ELINOLOSUHTEITA JA LIIKKUMISTA KOSKEVAT TIEDOT

Asutteko yksin?

Kyllä Ei

Tarvitsetteko apua kotona päivittäisissä toiminnoissa?

Kyllä Ei

Kuka auttaa?

Tarvitsetteko apua kaupassa, pankissa tai muiden asioiden hoidossa kodin ulkopuolella?

Kyllä Ei

Kuka auttaa?

Miten liikutte sisällä asunnossanne?

Asumismuoto

Omakotitalo Rivitalo Kerrostalo, mikä kerros? _____

Onko talossa hissi? Kyllä Ei



Miten selviydyste portaissa?

Miten liikutte ulkona?

Mitä liikennevälinettä käytätte tällä hetkellä asioimis- tai vapaa-ajanmatkoilla?

- Julkinen joukkoliikenneväline (bussi, juna tms.) Taksi Invataksi
 Oma auto Sukulaisen/tuttavan auto

Kuinka usein käytätte julkisia joukkoliikennevälineitä?

_____ kertaa viikossa. _____ kertaa kuukaudessa. _____ kertaa vuodessa.

- En voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä, miksi?

Mitä erityistarpeita teillä on vammanne/liikkumisvaikeutenne vuoksi auton koon tai varustelun suhteen?

Tarvitsetteko apua esim. autoon nousemisessa tai siitä poistuttaessa?

- Ei Kyllä, millaista apua?

Onko teillä saattaja mukana?

- Ei koskaan Aina
 Toisinaan, milloin? _____

Kuka yleensä saattaa?

Voitteko käyttää julkista liikennevälinettä saattajan avulla?

- Kyllä
 Kyllä joskus, millaisissa tilanteissa? _____
 Ei koskaan, miksi ei?

Tarvitsetteko taksinkuljettajan tai toisen henkilön antamaan apua lähtö- tai määräpaikassa?

- Ei Kyllä, aina
 Kyllä toisinaan, millaista apua?

Onko teillä jokin sellainen terveydentilaanne liittyvä tekijä, jonka vuoksi ette voi matkustaa yhdessä toisen henkilön kanssa?

- Ei Kyllä, mikä?

Onko perheessänne/taloudessanne auto?

- Kyllä Ei

Oletteko saanut autoveron palautusta/VpL:n mukaista tukea?

- Kyllä Ei



Jos perheessä/taloudessa on auto, voidaanko sitä käyttää hakijan matkoihin?

Kyllä Ei

4 ANSIOTYÖ/TYÖMATKAT

Itsenäinen ammatinharjoittaja Toisen palveluksessa

Työnantaja: _____

Työpaikan osoite: _____

Työpäivien määrä kuukaudessa: _____ Päivittäinen työaika: _____

Matkareitti: _____

Saatteko avustusta työmatkoihinne muualta, mistä?

5 OPISKELUUN LIITTYVÄT MATKAT

Oppilaitoksen nimi

Oppilaitoksen osoite

Opintojen alkamispäivämäärä

Opintojen päättämispäivämäärä

Opiskelupäivien lukumäärä kuukaudessa

Saatteko avustusta opiskelumatkoihinne muualta, mistä?

6 LISÄTIETOJA

7 SUOSTUMUS

Hakemustani käsitellään moniammatillisessa arviointityöryhmässä, jossa on viranhaltijoita sosiaali- ja terveystoimesta. Hakemustani käsittelevät työntekijät voivat muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä.

Suostun En suostu

8 ALLEKIRJOITUS

Päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys



9 HAKEMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ AVUSTANUT HENKILÖ	
Nimi	
Virka-asema tai sukulaisuussuhde	Puhelin
10 LIITTEET	
<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus, mistä ilmenee kuljetuspalvelun tarve	
<input type="checkbox"/> Työnantajan todistus työsuhteesta ja sen jatkumisesta mikäli anotte työmatkoja	
<input type="checkbox"/> Oppilaitoksen todistus, mikäli anotte opiskelumatkoja	
<input type="checkbox"/> Muu liite, mikä?	

Lomake palautetaan osoitteeseen:

Siuntion kunta
Perusturvaosasto
Puistopolku 1
02580 Siuntio

Lomakkeen voi myös tuoda kunnantalon kansliaan.