

Saapunut:

Vastaanottaja:

Vammaispalvelulain nojalla haettava palvelu/tukitoimi		
<input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt	<input type="checkbox"/> Asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet	<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu
<input type="checkbox"/> Kuntoutusohjaus ja sopeutumisvalmennus	<input type="checkbox"/> Palveluasuminen	<input type="checkbox"/> Päivätoiminta
<input type="checkbox"/> Välineet, koneet ja laitteet	<input type="checkbox"/> Ylimääräiset vaatetuskustannukset	<input type="checkbox"/> Ylimääräiset erityisravintokustannukset
<input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
(Kuljetuspalvelut haetaan vammaispalvelulain mukaisella kuljetuspalveluhakemuksella)		
1. Hakijan henkilötiedot (palvelun saaja)		
Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Kotiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Puhelin kotiin	Puhelin toimeen	Ammatti
Sähköpostiosoite		
Perhesuhde		
<input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Asumuserossa/ erossa asuva <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde		
Asutteko yksin?	Pankkitilin numero	
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En		
2. Vamman aiheuttama haitta		
Vamma tai sairaus (lääkärintodistus liitteeksi)		
Vamman tai sairauden aiheuttamat haitat päivittäisissä toiminnoissa		
Keneltä saatte apua/hoitoa?		
Saatteko kunnallista tai yksityistä kotihoitoa (kotipalvelua/kotisairaanhoidoa)?		
<input type="checkbox"/> Kyllä. Kuinka usein?		<input type="checkbox"/> En



3. Selvitys haettavasta palvelusta/tukitoimesta		
Haettava palvelu/tukitoimi	Arvioidut kustannukset, €	
Perustelut (Millä tavoin haettava palvelu/tukitoimi auttaisi teitä suoriutumaan jokapäiväisistä toiminnoista?)		
Saatteko palvelua tai korvausta samaan tarkoitukseen muualta? <input type="checkbox"/> Kyllä. Mistä? <input type="checkbox"/> En		
4. Suostumus		
Suostun siihen, että hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu		
5. Allekirjoitus		
Paikka ja aika	Allekirjoitus ja nimen selvennys	
Täytetään, mikäli allekirjoittaja ei ole palvelun saaja.		
Puhelinnumero:	Sähköpostiosoite:	
Onko hakijalla edunvalvoja? <input type="checkbox"/> Kyllä. Edunvalvojan nimi: Puhelin: <input type="checkbox"/> Ei		
6. Liitteet		
<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus	<input type="checkbox"/> Kustannusarvio	<input type="checkbox"/> Kelan päätös
<input type="checkbox"/> Kuntoutussuunnitelma	<input type="checkbox"/> Fysioterapeutin lausunto	
<input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
	Liitteitä	kpl

Hakemuksen palautusosoitePostiosoite
PL 21
90441 KempeleOsoite
Tiilitie 2, 2. krs
90440 KempelePuhelin
Vaihde
08 5587 2200