

Kuljetuspalveluhakemus

Vammaispalvelulain mukaiset kuljetuspalvelut

Tällä hakemuksella haetaan vammaispalvelulain 8 §:n mukaista kuljetuspalvelua. Palvelu on tarkoitettu vaikeavammaiselle henkilölle, joka ei pitkäaikaisen vamman tai sairauksien aiheuttamien liikkumisen vaikeuksien vuoksi voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Vamman lisäksi otetaan huomioon hakijan elinympäristö, elämäntilanne ja päivittäiset toimintaolosuhteet.

1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Kotiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Kotikunta	Puhelin
Sähköposti	

Huoltaja tai edunvalvoja, nimi- ja yhteystiedot: _____

Muun yhteyshenkilön nimi ja yhteystiedot: _____

Puolesta asioijan tiedot, nimi- ja yhteystiedot, sähköpostiosoite:

Asiointikieli: suomi ruotsi muu, mikä? _____

2. HAEN KULJETUSPALVELUA SEURAAVIIN MATKOKIIN

Asioimis- ja vapaa-ajan matkat Työmatkat (täyttäkää lisäksi kohta 6) Opiskelumatkat (täyttäkää lisäksi kohta 7)

3. VAMMAN TAI SAIRAUDEN AIHEUTTAMA AVUNTARVE

Diagnoosit / muut vammat ja sairaudet:

Vammaan / sairauteen liittyvät toimintakyvyn rajoitteet ja avun tarpeet:

Milloin nykyisen kaltainen, vammaan tai sairauteen liittyvä toimintarajoite on alkanut? _____

Käytössä olevat apuvälineet:

pyörätuoli, kokoonlaittava	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella
pyörätuoli, ei kokoonlaittava	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella
erityisen leveä pyörätuoli	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella
sähköpyörätuoli	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella
rollaattori, kokoonlaittava	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella

rollaattori, ei kokoontaittuva	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella
happirikastin/hengityslaitte/happipullot	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella
kyynärsauvat/keppi	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella
sähkömopo	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella
ei apuvälineitä käytössä	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella
muu, mikä _____	<input type="checkbox"/> kotona	<input type="checkbox"/> kodin ulkopuolella

4. ASUIN- JA ELINOLOSUHTEITA KOSKEVAT TIEDOT

Asumismuoto

Kerrostalo, monesko kerros? _____ Onko talossanne riittävän tilava hissi? kyllä ei
 Rivitalo Omakotitalo Muu, mikä? _____

Lisätietoja asumisesta (esim. mahdollinen asuinympäristön esteellisyys)

Asunnon sijainti palveluiden ja liikenneyhteyksien kannalta

Matka lähimmälle julkisen liikenteen pysäkille _____ metriä.

Matka lähikauppaan _____ metriä.

Mitä seuraavista liikennevälineistä käytätte?

Julkiset liikennevälineet Oma auto Muu yksityisauto Taksi

Muu, mikä? _____

En voi käyttää julkisia liikennevälineitä, koska _____

Koska olette viimeksi käyttänyt julkisia liikennevälineitä? _____

5. PALVELUUN LIITTYVÄ AVUN TARVE

Tarvitsetteko toisen henkilön apua päästäksenne autoon? kyllä ei

Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa? (esim. kotitaloustöissä, peseytymisessä, pukeutumisessa ja riisuuntumisessa)?

kyllä ei ajoittain

Keneltä saatte apua päivittäisiin toimiin? _____

Tarvitsetteko apua asioiden hoidossa kodin ulkopuolella? kyllä ei ajoittain

Keneltä saatte apua asiointeihin? _____

Miten liikutte sisällä asunnossanne? _____

Miten liikutte kodin ulkopuolella? _____

Miten selviydte portaista? _____

Kuinka pitkän matkan pystytte kulkemaan ulkona

liikkumisen apuvälineiden avulla: kesällä _____ metriä talvella _____ metriä

ilman apuvälineitä: kesällä _____ metriä talvella _____ metriä

6. ANSIOTYÖ

(Kohta täytetään, mikäli haetaan vammaispalvelulain mukaisia työmatkoja)

Olen toisen palveluksessa Olen itsenäinen ammatinharjoittaja

Työnantaja: _____

Työpaikan osoite / osoitteet: _____

Muut mahdolliset työpisteet: _____

Työpäivien lukumäärä kuukaudessa: _____ Päivittäinen työaika: _____ tuntia

Saatko avustusta työmatkoihin muualta: ei kyllä, mistä _____

7. OPISKELU

(Kohta täytetään, mikäli haetaan vammaispalvelulain mukaisia opiskelumatkoja)

Oppilaitos: _____

Oppilaitoksen osoite / osoitteet: _____

Vaihtuvatko opiskelupaikat päivän aikana siten, että siirtymisiin tarvitaan kuljetuspalvelua? ei kyllä

Opintojen alkamispäivä: _____

Opintojen päättymispäivä kuluvana lukuvuonna: _____

Opiskelupäivien lukumäärä kuukaudessa: _____

Arvioitu valmistumisaika: _____

Saatko avustusta opiskelumatkoihin muualta: ei kyllä, mistä _____

8. MUUT ASIAAN VAIKUTTAVAT AVUSTUKSET JA MAHDOLLISET KORVAUSTAHOT

Onko teille myönnetty autoavustusta? ei kyllä, minä vuonna

Oletteko saaneet autoveronpalautusta ei kyllä, minä vuonna

Onko teille myönnetty / oletteko hakenut korvausta vakuutusyhtiöstä (liikennevakuutus, tapaturmavakuutus, tms.)?

ei kyllä, vakuutusyhtiön nimi

Oletteko selvittänyt mahdollisuudet vakuutusyhtiön myöntämiin korvauksiin kuljetuspalvelusta?

ei kyllä en voi saada korvausta vakuutusyhtiöltä

9. LISÄTIETOJA

Esim. mahdolliset kuljetuksen kannalta oleelliset asiat, kuten muistisairaus, vaikeus ajaa sähköpyörätuolilla nostolaitteeseen, erikoislevä pyörätuoli, vaikeudet kommunikoinnissa tai puheen tuottamisessa, heikentynyt kuulo/kuulovamma, heikentynyt näkökyky/näkövamma.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja hyväksyn, että ne tarkistetaan

Suostun asian käsittelyssä tarpeellisten tietojen antamiseen ja hankintaan muilta sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilta ja palvelunantajilta omaishoidon tuen palvelun tarpeen selvittämiseen, järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvissä asiayhteyksissä.

Asiakastiedot tallennetaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueen asiakastietojärjestelmään. Suostun En suostu

_____ / _____

Paikka ja päivämäärä

LIITTEET

- Hakemuksen liitteenä tulee olla julkisen terveydenhuollon lausunto (enintään vuoden vanha), joka sisältää kuvauksen asiakkaan vammasta ja toimintakyvystä. (Kysy tarvittaessa lisätietoja Varhan vammaispalveluilta)
- Muut asiantuntijalausunnot

Lomakkeen palautus:

Mikäli hakijan kunta on: Uusikaupunki, Laitila, Vehmaa, Taivassalo, Pyhäranta, Kustavi, Mynämäki, Nousiainen tai Masku, palautetaan lomake osoitteeseen vammaispalvelut-alue1@varha.fi

Mikäli hakijan kunta on : Loimaa, Pöytyä, Aura, Oripää, Lieto, Marttila, Koski tl, palautetaan lomake osoitteeseen vammaispalvelut-alue2@varha.fi

Mikäli hakijan kunta on: Kaarina, Paimio tai Sauvo, palautetaan lomake osoitteeseen vammaispalvelut-alue3@varha.fi

Mikäli hakijan kunta on: Kemiönsaari tai Parainen, palautetaan lomake osoitteeseen vammaispalvelut-alue4@varha.fi

Mikäli hakijan kunta on: Naantali, Raisio tai Rusko, palautetaan lomake osoitteeseen vammaispalvelut-alue5@varha.fi

Mikäli hakijan kunta on: Salo tai Somero, palautetaan lomake osoitteeseen vammaispalvelut-alue6@varha.fi

Mikäli hakijan kunta on Turku, palautetaan lomake osoitteeseen vammaispalvelut-alue7@varha.fi