



PARKANON KAUPUNKI  
Perusturvaosasto  
Vammaispalvelut  
PL 14  
39701 Parkano  
puh. 03-44331

## KEHITYSVAMMAPALVELUHAKEMUS

Hakemus vastaanotettu:

### HAKIJAN TIEDOT

Sukunimi ja etunimet (alleiviivata kutsumanimi)		Henkilötunnus
Osoite		
Postinumero ja postitoimipaikka (mikäli kotikuntanne on eri kuin asuinkuntanne, merkitkää se myös tähän)		
Puhelin	Matkapuhelin	
Huoltaja/ edunvalvojan tiedot (nimi ja yhteystiedot):		
Erityishuolto-ohjelma tehty <input type="checkbox"/> Kyllä, päiväys _____ <input type="checkbox"/> Ei		
Palvelusuunnitelma tehty <input type="checkbox"/> Kyllä, päiväys _____ <input type="checkbox"/> Ei		

### Diagnoosi ja lisävammat/-sairaudet, allergiat (myös ruoka-aineallergiat)

### Säännöllinen lääkitys

## TOIMINTAKYVYN KUVAUS

### Aisti-toiminnot ja kommunikaatio

- Näkö  normaali  heikko  sokea  
Kuulo  normaali  alentunut  kuuro  
Puhe  normaali  epäselvä  ei puhu  
 käytössä korvaava kommunikointimenetelmä

Muuta huomioitavaa, esim. aistitoimintojen ja kommunikaation apuvälineet

### Liikkuminen

- liikuntakykyinen  
 liikuntakyky rajoittunut, apuvälineet:  keppi  
 kävelyteline/ rollaattori  
 pyörätuoli  
 muu, mikä? \_\_\_\_\_
- liikuntakyvytön

Muuta huomioitavaa

### Päivittäiset toiminnot

	itsenäisesti	ohjattava/valvottava	täysin autettava
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC-toiminnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muuta huomioitavaa

## Psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä huomioitavaa

Mieliala

Käyttäytymisen haasteita

Kykenee toimimaan

- yksin
- parin kanssa
- ryhmässä, miten

Muuta huomioitavaa psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä (esim. itsesuojeluvaisto, pelot, pakkotoiminnot jne)?

## HAETTAVAT PALVELUT

### Työ- ja päivätoiminta

- päivätoiminta \_\_\_\_\_ kertaa/ viikossa
- työtoiminta \_\_\_\_\_ kertaa/ viikossa
- avotyötoiminta \_\_\_\_\_

### Asuminen

- autettu asuminen (yövalvonta)
- ohjattu asuminen (ei henkilökuntaa yöllä)
- tuettu asuminen (henkilökunnan tukikäynnit)
- laitoshoido
- perhehoito

Missä toivotte asumisen toteutuvan?

### Tilapäishoito

- autettu asuminen (yövalvonta)
- ohjattu asuminen (ei henkilökuntaa yöllä)
- tuettu asuminen (henkilökunnan tukikäynnit)
- laitoshoido
- perhehoito
- jokin muu, mikä \_\_\_\_\_

Missä päin toivotte tilapäishoidon toteutuvan ja kuinka usein?

## HAETTAVAT PALVELUT

### Muu kehitysvammahuollon palvelu

- kuntoutusohjaus
- erityislasten loma-ajan hoito, ajalle \_\_\_\_\_
- erityislasten iltapäivähoito kouluaikoina
- kuntouttava päivähoito
- jokin muu, mikä \_\_\_\_\_

Perustelut haettavalle palvelulle

Mitä muita palveluita käytätte ja onko muita hakemuksia vireillä (omaishoidontuki, kotihoito, muut vammaispalvelut, lääkinnällinen kuntoutus, terapiat)?

## SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemuksen käsittelyssä tarpeen.

kyllä, suostun  ei, en suostu

### Allekirjoitus

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

### Liitteet

lääkärintlausunto  kuntoutussuunnitelma  muu asiantuntija lausunto  kustannusarvio  
 muu liite, mikä \_\_\_\_\_

### Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö ja yhteystiedot

### Lisätiedot ja hakemuksen palautus

Lisätietoa antavat kehitysvammahuollon sosiaaliohjaaja tai toimintakeskus Pajulinnun tiiminvetäjä (puh. 03-44331 )

Hakemus palautetaan osoitteeseen:

Parkanon kaupunki, vammaispalvelut, PL 14, 39701 Parkano