



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

KEHITYSVAMMAPALVELUHAKEMUS

Hakemus vastaanotettu:

HAKIJAN TIEDOT

Sukunimi ja etunimet (alleiviivatkaa 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

- lääkäriinlausunto kuntoutussuunnitelma muu asiantuntija lausunto

kustannusarvio

- muu liite, mikä _____

Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö ja yhteystiedot

Lisätiedot ja hakemuksen palautus

Lisätietoja antaa vammaispalvelun asiantuntija 044 7865 316

Hakemus palautetaan osoitteeseen:

Parkanon kaupunki, vammaispalvelut, PL 14, 39701 Parkano