



Hakemus saapunut: / 20

Hakijan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
	Lähiosoite		Kotikunta
	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Puh. kotiin		
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Avioliitto/ avoliitto <input type="checkbox"/> Asuu yksin		
Tiedot vammasta tai sairaudesta	Liikunta- ja toimintakykyä alentavat sairaudet ja/tai vammat		
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> Apuväline, mikä: <input type="checkbox"/> Keppi/kepit <input type="checkbox"/> Kynärsauvat <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Toisen henkilön avustamana: <input type="checkbox"/> Saattaja <input type="checkbox"/> Muu, mikä		
	Matkan pituus kodista Parkanon keskustaastaan?                      km		
Kuljetus- matkojen tarve	Arvioin tarvitsevani _____ yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa.  Tarvitsen kuljetusmatkoja käydessäni:		
Yhteys-henkilö/ omainen	Nimi		Puhelin koti/työ
	Lähiosoite		
	Postinumero	Postitoimipaikka	

Tuloselvitys	Hakijan säännölliset <b>nettokuukausitulot</b>		Puolison säännölliset <b>nettokuukausitulot</b>	
	Kela		Kela	
	Muut eläkkeet		Muut eläkkeet	
	Muut jatkuvat henkilökohtaiset tulot		Muut jatkuvat henkilökohtaiset tulot	
	Hakijan <b>talletusten määrä</b> (todistus liitteeksi)		Puolison <b>talletusten määrä</b> (todistus liitteeksi)	
	Tuloina ei huomioida hoitotukea, vammaistukea, rintamalisää tai asumistukea.		Sotainvalideille, joiden sotilasvammalain mukainen haaita-aste on vähintään 10 %, myönnetään kuljetuspalvelua ilman tulo- ja varallisuusharkintaa.	
Päiväys ja allekirjoitus	<b>Allekirjoituksellani suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta</b>			
	Päiväys  /     20	Hakijan allekirjoitus _____  Puolison allekirjoitus _____		
Liitteet	Hakemuksen liitteenä tulee olla tuloseselvitykset sekä lääkärintodistus kuljetuspalvelua varten. Lääkärintodistuksesta tulee käydä ilmi hakijan vamman tai sairauden vaikutus liikkumis- ja muuhun toimintakykyyn.			
	<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus <input type="checkbox"/> Lääkärintodistus toimitettu aikaisemmin, milloin ____ / ____ 20 ____ <input type="checkbox"/> Lääkärintodistus toimitetaan myöhemmin <input type="checkbox"/> Tuloseselvitykset			
Lisätietoja				

Lomakkeen palautus:

Parkanon kaupunki"  
sosiaalitoimisto  
PL 14  
39700 Parkano

lisätietoja:

sosiaaliohjaaja Anne Kivistö  
puh.aika klo 9.00-9.30  
044 7865 320