



Hakemus saapunut: / 20

Hakijan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
	Lähiosoite		Kotikunta
	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Puh. kotiin	Puh. työhön	
	Koulutus ja ammatti		
	Pankki	Tilinumero	
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Asumuserossa/erillään asuva <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Avoliitossa		
Tiedot vammasta tai sairaudesta	Lyhyt kuvaus terveydentilasta: vamma tai sairaus, missä ja milloin aiheutunut, vamman vaikeusaste		
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> En tarvitse saattajaa tai apuvälineitä		
	<input type="checkbox"/> Apuväline, mikä: <input type="checkbox"/> Keppi/kepit <input type="checkbox"/> Kyynärsauvat <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Pyörätuoli		
	<input type="checkbox"/> Toisen henkilön avustamana: <input type="checkbox"/> Saattaja <input type="checkbox"/> Muu, mikä		
	Pystyttekö liikkumaan portaissa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
	Asioimis- ja vapaa-ajan matkoilla käyttämäne kulkuvälineet: <input type="checkbox"/> Julkiset kulkuvälineet (bussi/juna) <input type="checkbox"/> Palveluliikenne <input type="checkbox"/> Oma auto <input type="checkbox"/> Taksi <input type="checkbox"/> Invataksi		
	Voitteko käyttää julkisia kulkuneuvoja saattajan avulla <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
	Matkan pituus linja-autopysäkille? km		
	Matkan pituus kodista Parkanon keskustaan? km		
	Onko perheessänne/taloudessanne auto <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> On hakijalla itsellään <input type="checkbox"/> On jollakin muulla perheenjäsenellä		Jos teillä on auto, miksi ette voi suorittaa haettavia matkoja sillä
Onko autoon saatu <input type="checkbox"/> Autoveron palautus <input type="checkbox"/> Vammaispalvelulain mukainen avustus (hankintavuosi _____)			

Ulkopuolinen apu	Käytättekö kotipalvelun palveluja <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain <input type="checkbox"/> Kuukausittain <input type="checkbox"/> En		Mitä palveluja
	Auttavatko omaiset Teitä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain <input type="checkbox"/> Kuukausittain <input type="checkbox"/> Ei		Missä asioissa
	Auttaako joku muu Teitä (ystävä, naapuri, tukihenkilö, henkilökohtainen avustaja) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain <input type="checkbox"/> Kuukausittain <input type="checkbox"/> Ei		Missä asioissa
Asuminen	Asumismuoto <input type="checkbox"/> Vanhempien luona <input type="checkbox"/> Avio-/avopuolison kanssa <input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Sisarusten luona <input type="checkbox"/> Lasten kanssa <input type="checkbox"/> Muun henkilön kanssa <input type="checkbox"/> Muu		Asukkaiden lukumäärä
	Talotyyppi <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Muu		
	Varustetaso <input type="checkbox"/> Hissi <input type="checkbox"/> Ei hissiä <input type="checkbox"/> Portaat, montako kerrosväliä ____ <input type="checkbox"/> Luiska		
	Pääsettekö omatoimisesti asunnostanne ulos <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä		
Erityistiedot	Työkyvyttömyysaste %	Vakuutusyhtiö	Vahinkonumero
	Saatteko KELAn maksamaa <input type="checkbox"/> Lapsen hoitotukea                      _____ € <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Eläkkeensaajien hoitotukea                      _____ € <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Vammaistukea                      _____ € <input type="checkbox"/> En		
Kuljetusmatkojen tarve	Arvioin tarvitsevani _____ yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa.		
	Tarvitsetteko saattajaa <input type="checkbox"/> Tarvitsen <input type="checkbox"/> En tarvitse		
	<input type="checkbox"/> Taksi <input type="checkbox"/> Invataksi		
	Tarvitsen kuljetusmatkoja käydessäni:		

Yhteys-henkilö/ omainen	Nimi		Puhelin koti/työ
	Lähiosoite		
	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Sukulaisuussuhde		
Päiväys ja allekirjoitus	Allekirjoituksellani suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta		
	Päiväys / 20	Allekirjoitus	
Liitteet	Hakemuksen liitteenä tulee olla lääkärintodistus vaikeavammaisen kuljetuspalvelua varten. Siitä tulee käydä ilmi selvitys hakijan vammasta tai sairaudesta ja sen aiheuttamista liikkumisvaikeuksista.		
	<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus <input type="checkbox"/> Lääkärintodistus toimitettu aikaisemmin, milloin ____ / ____ 20 ____ <input type="checkbox"/> Lääkärintodistus toimitetaan myöhemmin <input type="checkbox"/> Muita liitteitä, mitä _____ _____		
Lisätietoja			