



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"/> Auväline, 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 nettokuukausitulot		Puolison säännölliset nettokuukausitulot	
	Kela		Kela	
	Muut eläkkeet		Muut eläkkeet	
	Muut jatkuvat henkilökohtaiset tulot		Muut jatkuvat henkilökohtaiset tulot	
	Hakijan talletusten määrä (todistus liitteeksi)		Puolison talletusten määrä (todistus liitteeksi)	
	Tuloina ei huomioida hoitotukea, vammaistukea, rintamalisää tai asumistukea.		Sotainvalideille, joiden sotilasvammalain mukainen haaita-aste on vähintään 15 %, myönnetään kuljetuspalvelua ilman tulo- ja varallisuusharkintaa.	
Päiväys ja allekirjoitus	Allekirjoituksellani suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta			
	Päiväys / 20	Hakijan allekirjoitus _____		
		Puolison allekirjoitus _____		
Liitteet	Hakemuksen liitteenä tulee olla tulokset 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"/> Tulokset			
Lisätietoja				

Lomakkeen palautus ja lisätiedustelut: Kati Yli-Kärkelä
Kihniöntie 48
39820 Kihniö
puh. 044 7541230