

Saapunut: ____ / ____ 20____

HAKEMUS VAMMAISPALVELULAIN MUKAISESTA PALVELUSTA TAI TUKITOIMESTA

Rasti, mitä haetaan:

- ASUNNON MUUTOSTYÖT
 ASUNTOON KUULUVAT VÄLINEET JA LAITTEET
 PÄIVÄTOIMINTA
 PALVELUASUMINEN
 PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA SUORIUTUMISESSA TARVITTAVAT VÄLINEET, KONEET JA LAITTEET
 SOPEUTUMISVALMENNUS (mm. kommunikaatio-ohjaus)
 MUU (mm. ylimääräiset vaatetuskustannukset, erityisravinto)
 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

1. Palvelua tarvitsevan henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet	
Osoite	
Henkilötunnus	Puhelinnumero
Sähköpostiosoite	
Perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski	
Edunvalvoja / huoltaja / asioiden hoitaja (yhteystiedot)	

2. Terveystilaan, vammaan ja/ tai sairauteen liittyvät tiedot

Toimintakykyä vaikeuttavat vammat tai sairaudet. Missä ja milloin aiheutunut. Lyhyt kuvaus terveystilasta, apuvälineiden käytöstä ym. Keneltä saatte apua, hoitoa tms.

3. Selvitys haettavasta palvelusta tai tukitoimesta

4. Saatteko tämän vamman tai sairauden vuoksi korvausta tapaturmasta, liikennevahingosta,

potilasvahingosta tai sotilasvammasta, mistä? Vakuutusyhtiö ja vahinkonumero?	
5. Mitä muita palveluja tai korvauksia saatte tai onko teillä parhaillaan vireillä muita tukipalvelu- tai korvaushakemuksia, mitä?	
6. Onko teille myönnetty aiemmin tässä hakemuksessa tarkoitettuja palveluja? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä	
Suostun päätöksen teon kannalta tarvittavien tietojen tarkistamiseen muilta viranomaisilta (esim. lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, vanhustenhuolto, kotihoito)? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä	
Hakemuksen täyttäjän nimi ja puhelinnumero (jos eri kuin hakija) / hakemuksen täytössä avusti:	
Paikka ja aika	Allekirjoitus ja nimen selvennys (hakija tai edustaja)

Liitteet:

- lääkärinlausunto terveydentilasta, sairauden / vamman alkamisajankohdasta, kestosta ja pysyvyydestä sekä ennuste kuntoutumisesta.
- asiantuntijan arvio palvelun tarpeesta.
- kustannusarvio tai muu liite.

Lisätietoja: vammaispalvelun sosiaalityöntekijä puh. 040 524 7388 tai sosiaaliohjaaja puh. 040 641 1997
puhelinajat: maanantaisin klo 12–13, tiistaisin ja torstaisin klo 9–10.

Asiakastiedot rekisteröidään sosiaali- ja terveystoimen asiakastietojärjestelmään (Kanta Effic).