

HAKEMUS HENKILÖKOHTAINEN APU

Saapumispäivä: _____

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987 9 §**Hakijan henkilötiedot**

Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
Osoite		Postinumero ja postitoimipaikka
Puhelin	Sähköposti	
Asioiden hoitajan nimi ja yhteystiedot (mikäli eri kuin hakija)		
Samassa taloudessa asuvat henkilöt:		

Vamma tai sairaus

Toimintakykyyn vaikuttavat vammat ja/tai sairaudet
Käytössä olevat apuvälineet

Avustajatarpeen selvitys

Hakijan arvio henkilökohtaisesta avusta seuraavissa asioissa ja tuntimääristä: Päivittäiset toiminnot kodissa ____ tuntia/vko, missä asioissa: _____ Päivittäiset toiminnot kodin ulkopuolella ____ tuntia/vko, missä asioissa: _____ Avustaja työn tai opiskelun mahdollistamiseen ____ tuntia/vko, miten: _____ Vapaa-ajalla tapahtuva avustus ____ tuntia/vko, missä asioissa: _____

Käykö hakijan luona kotihoito ei kyllä
Onko hakijalle myönnetty omaishoitaja? ei kyllä
Onko hakijalla tukihenkilö/tukiperhe ei kyllä
Kuinka kauan hakija voi olla kotona yksin ilman apua? _____

Muut etuudet ja korvaukset

Saan / haen korvausta vakuutusyhtiöstä vammani tai sairauteni vuoksi

- ei
 kyllä, vakuutusyhtiö ja korvausnumero _____

Suostumus ja allekirjoitus:

Suostun siihen, että hakemusta käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta hakemuksessa tarvittavia lisätietoja, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) § 14-20

_____ päiväys

_____ allekirjoitus

Liitteet

Terveystietojen selvitys, joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta sekä toimintakyvystä

- Liitteenä
 Toimitettu aiemmin
 Toimitetaan myöhemmin

Palautus

Asiakastietonne rekisteröidään Perusturvakuntayhtymä Akselin sosiaalitoimen asiakastietojärjestelmään ja rekisteriseloste on nähtävissä palveluyksikössä.

Hakemus palautetaan osoitteeseen:
Perusturvakuntayhtymä Akseli
Vammaispalvelut
Keskuskaari 3
21250 Masku