



KULJETUSPALVELUHAKEMUS
Vaikeavammaisten kuljetuspalvelu

Saapumispäivä

HENKILÖTIEDOT

Hakijan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin
Postinumero ja -toimipaikka	Vakinainen asuinkunta
Ammatti	Sähköpostiosoite

Asutteko yksin kyllä ei, perheeseeni kuuluu lisäksi:

Kotona asuvien lasten syntymävuodet:

HAEN KULJETUSPALVELUA SEURAAVIIN MATKOIHIN

- Työmatkat (liitteeksi todistus työnantajalta, selvitys työajoista ja lääkärinlausunto)
 Opiskelumatkat (liitteeksi todistus oppilaitoksesta ja lääkärinlausunto)
 Vammaispalvelulain mukaiset asioimis- ja vapaa-ajan matkat (liitteeksi lääkärinlausunto)

Tarvittava kulkuneuvo taksi invataksi

Arvioitu yhdensuuntaisten matkojen tarve kuukaudessa _____ matkaa

Millaisille matkoille tarvitsette kuljetuspalvelua?

Oletteko hakenut sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua kyllä Ei

Onko teille aiemmin myönnetty kuljetuspalvelua kyllä Ei

VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma tai sairaus

Käytättekö apuvälineitä ei käytössä

sisällä	ulkona	sisällä	ulkona
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> keppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pyörätuoli (kokoon taittuva)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yksi kyynärsauva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pyörätuoli (ei taittuva)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kaksi kyynärsauvaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli/sähkömopo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rollaattori		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muu, mikä? _____		

Miten vammanne tai sairautenne haittaa liikkumistanne kodin ulkopuolella?

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona: kesällä _____ m, talvella _____ m	
Miten kauan jaksatte seistä?	
Selviydtekö portaista? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Tuen avulla <input type="checkbox"/> En ollenkaan	
Pystyttekö käyttämään linja-autoa <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> saattajan kanssa <input type="checkbox"/> yksin matalalattiabussia <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> saattajan kanssa <input type="checkbox"/> yksin palveluliikennettä <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> saattajan kanssa <input type="checkbox"/> yksin Miksi ette pysty?	
Saattajan tarve: <input type="checkbox"/> en tarvitse saattajaa <input type="checkbox"/> kyllä, autoon nousemisessa ja poistumisessa <input type="checkbox"/> kyllä, minut on noudettava asunnostani, miksi? <input type="checkbox"/> kyllä, koko matkan ajan.	
Mitä kulkuneuvoa olette nyt käyttänyt asiointi- ja vapaa-ajan matkoillanne?	
Onko perheessänne auto <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Pystyttekö ajamaan itse <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Oletteko saanut autoon autoveron palautuksen tullilta tai VpL:n mukaista tukea <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Oletteko pysyvässä laitoshoidossa ei kyllä, missä? _____	
ALLEKIRJOITUS JA SUOSTUMUS Samalla valtuutan palvelun antamisesta päättävän viranomaisen hankkimaan tarvittavat tiedot päätöksentekoa varten.	
_____ Päiväys	_____ Allekirjoitus
Yhteyshenkilö, puhelinnumero ja sähköposti	
Liitteet: Lääkärintlausunto ____ työnantajan/oppilaitoksen todistus ____	

Hakemus palautetaan osoitteeseen:
Perusturvakuntayhtymä Akseli
Vammaispalvelut
Keskuskaari 3
21250 Masku