



Joroisten kunta
Perusturvatoimisto
Mutalantie 2
76900 JOROINEN

VAMMAISPALVELULAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELUHAKEMUS JA ARVIOINTI

Hakijan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	
	Puhelin	Ammatti
	Perhesuhde <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio-/avoliitossa <input type="checkbox"/> Rek. parisuhde <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski	
Haettava kuljetuspalvelu	Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin	
	<input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistysmatkat	Montako yhdensuuntaista matkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa? _____ matkaa kuukaudessa
	<input type="checkbox"/> Työmatkat <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat	
	Työnantaja/oppilaitos	
	Työnantajan/oppilaitoksen osoite	
Matkojen lukumäärä/kk	LIITTEEKSI Työnantajan/oppilaitoksen todistus	
Vammaisuutta tai sairautta koskevat tiedot	Vamma ja/tai sairaus	
	Mitä apuvälineitä käytätte liikkumisessanne? Sisällä <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Keppi <input type="checkbox"/> Yksi kyynärsauva <input type="checkbox"/> Kaksi kyynärsauvaa <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (kokoontaittuva) <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (ei-taittuva) <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ Ulkona <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Keppi <input type="checkbox"/> Yksi kyynärsauva <input type="checkbox"/> Kaksi kyynärsauvaa <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (kokoontaittuva) <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (ei-taittuva) <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____	
Elinolosuhteita ja liikkumista koskevat tiedot	Oletteko pysyvässä laitoshoidossa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Saatteko kotipalvelua? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Saatteko kotisairaanhoidtoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Millaisia vaikeuksia teillä on liikkumisessa kodin ulkopuolella?	
	Kuinka pitkä matka asunnostanne on linja-autopsäkillä? _____ metriä	
	Voitteko käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ajoittain <input type="checkbox"/> Saattajan avulla <input type="checkbox"/> En lainkaan	
	Voitteko käyttää tkunnan alueella liikennöivää monipalveluautoa Palia? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Minulla ei ole tietoa monipalveluautosta <input type="checkbox"/> En, miksi? _____	
	Onko perheessänne auto? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	
	Ajatteko itse autoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei, kuka ajaa? _____	

	<p>Mikä kulkuneuvo on vamman tai sairauden vuoksi välttämätön? <input type="checkbox"/> Taksi <input type="checkbox"/> Invataksi <input type="checkbox"/> Sairasauto</p> <p>Tarvitsetteko saattoapua? <input type="checkbox"/> En tarvitse. <input type="checkbox"/> Kyllä, mutta vain autoon nousemisessa ja poistumisessa. <input type="checkbox"/> Kyllä. Minut on noudettava asunnostani. Miksi? _____ <input type="checkbox"/> Kyllä, koko matkan ajan.</p> <p>Kuka yleensä saattaa? _____</p> <p>Miten selviydte tällä hetkellä asiointi- ja virkistysmatkoista? <input type="checkbox"/> Kävelen <input type="checkbox"/> Linja-autolla <input type="checkbox"/> Taksilla <input type="checkbox"/> Polkupyörällä <input type="checkbox"/> Palveluautolla (Pali) <input type="checkbox"/> Henkilöautolla (oma/ omaisen/ ystävän/ naapurin)</p> <p>Pystytttekö nousemaan portaita? <input type="checkbox"/> En. <input type="checkbox"/> Kyllä, noin ___ porrasta</p>				
Suostumus	<input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu kuljetuspäätöksen tekemiseen tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.				
Paikka, päiväys ja allekirjoitus	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="323 663 831 822">Paikka ja päivämäärä</td> <td data-bbox="831 663 1516 822">Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Paikka ja päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys	_____	_____
Paikka ja päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys				
_____	_____				
Liitteet	Kuljetuspalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa on mukaan liitettävä lääkärinlausunto, josta ilmenee ne vaikeudet, joita hakijalla on liikkumisessa.				