

HAKEMUS, VAMMAISPALVELULAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELU

Pohjanmaan hyvinvointialue

Hakemus on vastaanotettu

1. VAMMAISPALVELULAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELU

Hakemus, vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu

Kuljetuspalvelu on tarkoitettu vaikeavammaiselle henkilölle, joka ei pitkäaikaisen vamman tai sairauden aiheuttaman liikkumisen vaikeuden vuoksi voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia yksin tai avustajan kanssa. Vamman lisäksi otetaan huomioon hakijan elinympäristö, elämäntilanne ja päivittäiset toimintaolosuhteet.

Haen kuljetuspalvelua

- vapaa-aikaan, asiointiin, yhteiskunnalliseen osallistumiseen
- opiskelumatkat
- työmatkat

2. HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimi

Henkilötunnus

Osoite

Postinumero

Puhelinnumero

E-postiosoite

Perhesuhde

- Asuu yksin avoliitossa avioliitossa Muuta, mitä

Huoltajan tai edunvalvojan nimi ja osoite

Kotikunta väestörekisterin mukaan

Kieli

- Suomi Ruotsi Muu.mikä

3 VAMMAA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma tai sairaus

Kuvaile miten toimintakyvynrajoitus/sairaus aiheuttaa kuljetuspalvelun tarpeen

Apuvälineet joita käytät

- Pyörätuoli, kokoon taittuva Erityisen leveä pyörätuoli
- Pyörätuoli, ei taitu kokoon Sähköpyörätuoli
- Rollaattori, kokoon taittuva Rollaattori ei taitu kokoon
- Happirikastin, hengityslaitte, happipullo Kainalosauvat, keppi
- Sähkömopo Muuta, mitä
- Ei apuvälineitä

4 Tietoja Liikkumisesta, Elinympäristöstä ja Asumismuodosta

Asumismuoto

- Kerrostalo Rivitalo Omakotitalo Palveluasuminen
Ryhmäasuminen
 Muuta, mitä
 Hissi on Ei ole hissiä

Muita tietoja asumisesta (Kuten portaat, jotka vaikeuttavat liikkumista)

Asunnon sijainti suhteessa palveluihin ja liikenneyhteyksiin

Välimatka lähimmälle joukkoliikenteen pysäkille metriä _____

Välimatka lähikauppaan metriä _____

Mitä seuraavia liikennevälineitä käytätte?

- julkiset kulkuvälineet Oma auto Muu yksityinen auto Taksi Muuta, mitä

Kuinka usein käytät joukkoliikennevälineitä kertaa viikossa _____ kertaa kuukaudessa _____

En voi käyttää julkisia liikennevälineitä koska

Koska olette viimeksi käyttäneet julkista liikennettä?

Tarvitseteko toisen henkilön/kuljettajan apua siirtyessä autoon?

- Kyllä Ei Ajoittain, miksi

Tarvitsetko apua päivittäisissä toiminnoissa (esim. talousaskareet, henkilökohtainen hygienia, pukeutumisessa ja riisuuntumisessa)?

- Kyllä Ei Ajoittain, milloin

Missä asioissa tarvitsette apua?

Kuka auttaa?

Tarvitseteko apua asioiden hoidossa kodin ulkopuolella?

- Kyllä Ei Ajoittain, milloin

Kuka auttaa?

Miten liikutte sisällä asunnossanne?

Miten selviydte portaissa?

Miten liikutte ulkona?

Kuinka pitkän matkan pystytte kulkemaan ulkona

apuvälineillä: Kesällä / metriä _____ Talvella / metriä _____

ilman apuvälineitä: Kesällä / metriä _____ Talvella / metriä _____

5 ANSIOTYÖ (kohta täytetään mikäli haet työmatkoja)	
<input type="checkbox"/> Olen työsuhteessa	<input type="checkbox"/> Olen itsenäinen yrittäjä
Työnantaja	
Työpaikan osoite	
mahdolliset muut työpisteet	
Työpäivien lukumäärä kuuauudessa	
Saatteko avustusta työmatkoihinne muualta?	
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, mistä

6 Opiskelu (kohta täytetään mikäli haet työmatkoja)	
Oppilaitoksen nimi	
Oppilaitoksen osoite	
Vaihtuvatko opiskelupaikat päivän aikana siten, että siirtymisiin tarvitaan kuljetuspalvelua? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Opintojen alkamispäivämäärä	Opintojen päättymispäivämäärä kuluvana lukuvuonna
Opiskelupäivien lukumäärä kuukaudessa	Arvioitu valmistuspäivämäärä
Saatteko avustusta opiskelumatkoihin muualta?	
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, mistä

7 MUUT ASIAAN VAIKUTTAVAT AVUSTUKSET JA MAHDOLLISET KORVAUSTAHOT	
Onko teille myönnetty autoavustus?	
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, minä vuonna?
Onko teille myönnetty autoveronpalautus?	
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, minä vuonna?
Onko teille myönnetty / oletteko hakenut korvausta vakuutusyhtiöstä (liikennevakuutus, tapaturmavakuutus, tms)	
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, vakuutusyhtiön nimi
<input type="checkbox"/> en voi saada korvausta vakuutusyhtiöltä	

8 LISÄTIEDOT	
Tähän kirjoitetaan tietoja, jotka ovat kuljetuksen kannalta oleellisia kuten esim. muistisairaus, vaikeus ajaa sähköpyörätuolilla auton nostolaitteeseen, erikoisen leveä pyörätuoli, kommunikaatiovaikeudet, heikentynyt kuulo, heikentynyt näkökyky/näkövamma	
Käyttäkää tarvittaessa lisäsivua.	
Tarvitsetteko matkan aikana avustajaa/assistenttia?	
Tarvitsetko INVA-taksin	

9 SUOSTUMUS

Hakemustani voidaan arvioida vammaispalvelun moniammatillisessa tiimissä. Muut viranomaistahot ovat velvoitettuja antamaan sellaisia tietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä (Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 20 §).

Suostun En suostu

Mikäli teille myönnetään kuljetuspalvelu, annetaan välttämättömät tiedot välityskeskukseen, joka järjestää kuljetuksen.

Hakijan puhelinnumeron saa antaa kuljetusta järjestävälle kuljettajalle.

Suostun En suostu

Jos käytössänne on matkapuhelin, saako siihen lähettää tekstiviestin matkastanne

Suostun En suostu

Annän suostumukseni sille, että hakemustani käsittelevät viranomaiset voivat pyytää seuraavilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä:

Omaishoito Kotihoito Ikäihmisten palveluohjaus Fysio-/toimintaterapia

Muu, mikä:

En suostu, toimitan tarvittavat tiedot itse

10 ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

11 HENKILÖ JOKA ON AVUSTANUT HAKMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ

Nimi

Virka-asema tai sukulaisuussuhde

Puhelinnumero

Palautusosoite

**Kruunupyy, Luoto, Pedersöre, Pietarsaari,
Uusikaarlepyy, Vöyri**

**Pohjanmaan hyvinvointialue
Vammaispalvelu
Strengberginkatu 1 D
PL 111
68600 Pietarsaari**

**Mustasaari, Laihia, Vaasa, Maalahti, Korsnäs, Närpiö,
Kaskinen, Kristiinankaupunki**

**Pohjanmaan hyvinvointialue
Vammaispalvelu
Korsholmanpuistikko 44, 4. kerros
PL 241
65101 Vaasa**

Liitteet

Vammaispalvelulain mukaiseen hakemukseen liitetään lääkärinlausunto ja/tai terveydenhuoltohenkilöstön, esim. ADL-arvio, kuntoutusohjaajan, fysioterapeutin tai toimintaterapeutin) lausunto, josta käy ilmi:

-terveydentila/vammaisuus/sairaus,

-mahdollisimman tarkka kuvaus vamman tai sairauden aiheuttamasta toiminnallisista rajoituksista hakijan kyvylle selviytyä jokapäiväiseen elämään liittyvistä toiminnoista sekä

-kuvaus toiminnallisten esteiden pysyvyydestä ja ennuste sairauden tai vamman kestosta.

Henkilötietoja käsitellään viranomaistehtävien suorittamista varten. Laillinen peruste: Lakisääteinen velvoite. Henkilötietojen säilytysajoissa noudatetaan lakia sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015. Rekisterinpitäjä on Pohjanmaan hyvinvointialue. Asiakkaalla on oikeus saada Pohjanmaan hyvinvointialueelta tietoa henkilötietojensa käsittelystä. Henkilötiedot eivät ole julkisia eikä niitä luovuteta kolmannelle osapuolelle. Henkilötietojen käsittelyyn liittyvissä kysymyksissä voi ottaa yhteyttä Pohjanmaan hyvinvointialueen tietosuojavastaavaan, tietosuojavastaava@ovph.fi