

HAKEMUS LIIKKUMISTA TUKEVA PALVELU

Pohjanmaan hyvinvointialue

Hakemus on vastaanotettu

1. HAKEMUS LIIKKUMISTA TUKEVA PALVELU

Liikkumista tukeva palvelu sosiaalihuoltolain mukaan

Liikkumista tukevia palveluja järjestetään henkilöille, jotka eivät kykene itsenäisesti käyttämään julkisia liikennevälineitä, julkisia liikennevälineitä, kutsuohjattua joukkoliikennettä tai palvelulinjoja alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella. Liikkumisen tuki on tarkoitettu jokapäiväiseen elämään kuuluvien asioiden hoitamista varten. Liikkumista tukevat palvelut järjestetään asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Tavoitteena on toteuttaa sosiaalihuoltolain tarkoitusta hyvinvoinnin edistämisestä ja ylläpitämisestä sekä eriarvoisuuden ja syrjäytymisen torjumisesta ja vähentämisestä.

Palvelu tukee erityisesti ikääntyneiden henkilöiden suoriutumista ja omatoimisuutta, osallisuutta yhteiskuntaan sekä mahdollistaa kotona asumista. (Kuljetuspalvelua ja liikkumisen tukea käytetään synonyymisesti tässä lomakkeessa)

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

Mihinkä tarkoitukseen haette matkoja?

Kuinka montaa matkaa haette?

3 VAMMAA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma tai sairaus

Kuvaile millä tavalla toimintakyvyn heikkeneminen/ sairaus aiheuttaa liikkumisen tuen tarpeen

Apuvälineet joita käytät

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pyörätuoli, kokoon taittuva | <input type="checkbox"/> Speziellit bred rullstol |
| <input type="checkbox"/> Pyörätuoli, ei taitu kokoon | <input type="checkbox"/> Elrullstol |
| <input type="checkbox"/> Rollaattori, kokoon taittuva | <input type="checkbox"/> Rollaattori ei taitu kokoon |
| <input type="checkbox"/> Happirikastin, hengityslaite, happipullo | <input type="checkbox"/> Kainalosauvat, keppi |
| <input type="checkbox"/> Sähkömopo | <input type="checkbox"/> Muuta, mitä |
| <input type="checkbox"/> 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?

Tarvitsetko toisen henkilön/kuljettajan apua siirtyessäsi 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?

Tarvitsetteko apua asioiden hoidossa kodin ulkopuolella?

- Kyllä Ei Ajoittain, milloin

Kuka auttaa?

Miten liikutte sisällä asunnossanne?

Miten selviydyt portaissa?

Miten liikutte ulkona?

Kuinka pitkän matkan pystytte kulkemaan ulkona

apuvälineillä: Kesällä / metriä _____ Talvella / metriä _____

ilman apuvälineitä: Kesällä / metriä _____ Talvella / metriä _____

5 MUUT ASIAAN VAIKUTTAVAT AVUSTUKSET JA MAHDOLLISET KORVAUSTAHOT

Onko teille myönnetty / oletteko hakenut korvausta vakuutusyhtiöstä (liikennevakuutus, tapaturmavakuutus, tms)

- Ei Kyllä, vakuutusyhtiön nimi
 en voi saada korvausta vakuutusyhtiöltä

6 LISÄTIEDOT

Tähän kirjoitetaan tietoja, jotka ovat kuljetuspalvelun käytön kannalta oleellisia kuten esim. muistisairaus, vaikeus ajaa sähköpyörätuolilla auton nostolaitteeseen, erikoisen leveä pyörätuoli, kommunikaatiovaikeudet, heikentynyt kuulo, heikentynyt näkökyky/näkövamma

Käytä tarvittaessa lisäsivua.

Tarvitsetko matkan aikana avustajaa/assistenttia?

Ei Kyllä

Tarvitsetko INVA-taksin

Ei Kyllä

7 SUOSTUMUS

Hakemustani voidaan arvioida moniammatillisissa 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

Annan suostumukseni sille, että hakemustani käsittelevät työntekijät 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

--	--

Liitteet

Sosiaalihuoltolain mukaiseen liikkumisen tuen palvelun hakemukseen liitetään aina lääkärintlausunto ja/tai terveydenhuoltohenkilöstönesim. kuntoutusohjaajan, fysioterapeutin tai toimintaterapeutin ADL-arviointi, joka ei saa vanhempi kuin yhden (1) vuoden, josta käy ilmi:

-terveydentila/vammaisuus/sairaus (diagnoosit),

-mahdollisimman tarkka kuvaus vamman tai sairauden aiheuttamasta toiminnallisista rajoituksista hakijan kyvyllä 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.