



SOSIAALIHUOLTOLAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Päivämäärä (viranomaisen täyttää)

HENKILÖTIEDOT	Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
	Perhesuhde <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	
YHDYSHENKIÖ	Nimi	Puhelin
LÄHIOMAINEN	Nimi	Puhelin
	Osoite	
TOIMINTAKYKYÄ JA ELINOLO- SUHTEITA KOSKEVAT TIEDOT	Liikunta- ja toimintakykyä alentavat sairaudet	
	Käytättekö apuvälineitä <input type="checkbox"/> kyllä, mitä? <input type="checkbox"/> en	
	Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa, jos niin missä?	
	Kuka auttaa?	
	Asutteko yksin? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en , Keitä perheenjäseniä asuu kanssanne	
	Saatteko kotihoidon palveluja <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, minkälaisia ja kuinka usein	

