

Saapumispvm. _____

VAMMAISPALVELUHADEMUS

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin

Siviilisäätö

<input type="checkbox"/> Naimaton	<input type="checkbox"/> Avio- avoliitossa	<input type="checkbox"/> Eronnut	<input type="checkbox"/> Leski	<input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde
-----------------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------	---

Asuminen

<input type="checkbox"/> Omistusasunto	<input type="checkbox"/> Vuokra-asunto	<input type="checkbox"/> Palveluasuminen	<input type="checkbox"/> Muu, mikä _____
<input type="checkbox"/> Asuu yksin	<input type="checkbox"/> Muut samassa taloudessa asuvat _____		
Lähiomaisen/huoltajan/edunvalvojan nimi ja yhteystiedot: _____			
Sairaus tai vamma ja siitä aiheutunut haitta: _____			

Haettavat vammaispalvelut

<input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt	<input type="checkbox"/> Palveluasuminen
<input type="checkbox"/> Asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet	<input type="checkbox"/> Autoavustus/auton muutostyöt
<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu, haettava määrä _____ h/kk	<input type="checkbox"/> Ylimääräiset erityisravintokustannukset _____ €/kk
<input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet ja laitteet, mitä _____	<input type="checkbox"/> Ylimääräiset vaatekustannukset _____ €/kk
<input type="checkbox"/> Muu palvelu, tai taloudellinen tukitoimi _____	<input type="checkbox"/> Kehitysvammahuollon palvelut, mitä? _____ _____

Miksi haette kyseistä palvelua? Oma näkemys palvelun tarpeesta ja selvitys kustannuksista:

Käytössä olevat apuvälineet ja hoitotarvikkeet
 Pyörätuoli Rollaattori Keppi/kyynärsauvat Hoitotarvikkeet, mitä _____

Käytössä olevat palvelut
 Kotihoito Ateriapalvelu Turvapalvelu Päivätoiminta Muu, mikä _____

Saako hakija korvausta tai avustusta jostain muualta?
 Vakuutusyhtiö Kela:n kuntoutus Muualta, mistä _____

 Saako hakija Kelalta hoito/vammaistukea? Ei Alin Korotettu Ylin

Päivittäiset toiminnot 1 = selviydyn omatoimisesti 2 = tarvitsen apua 3 = tarvitsen apua runsaasti

1 2 3

 Peseytyminen

 Wc-toiminnot

 Pukeutuminen

 Lääkehoito

 Kodinhoito, pyykkihuolto

1 2 3

 Ruuan valmistus

 Ruokailu

 Asiointi kodin ulkopuolella

 Kommunikaatio, viestintä

Suostumus

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi tarvittaessa pyytää lisätietoja muilta viranomaisilta tai asiakkaan palvelujen järjestämisestä vastaavilta tahoilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemuksen käsittelyssä tarpeellisia (esim. kuntoutushoitaja, kotihoito). ___ Suostun ___ En suostu

Paikka, pvm ja hakijan allekirjoitus

Hakemuksen teossa avustanut henkilö

Nimi: _____

Suhde hakijaan: _____

Liitteet
 Lääkärinlausunto

Hakemuksen liitteeksi tarvitaan lääkärinlausunto, josta ilmenee hakijan sairaus tai vamma, arvio haitta-asteesta ja sen pitkäaikaisuudesta sekä kuvaus tämänhetkisestä toimintakyvystä ja mahdolliset kuntoutumisen suunnitelmat.

 Asiantuntijalausunto/suositus esim. asunnon muutostöihin/välineisiin ja laitteisiin.

Lomakkeen palautus: Joutsan kunta/vammaispalvelut, PL 20, 19651 Joutsa