


**Härkätien sosiaali- ja terveystalvetut
Vammaispalvetut**

 PL 24
21421

VAMMAISPALVELUHAKEMUS

SAAPUMISPÄIVÄ

HENKILÖTIEDOT

| | |
|---|--|
| Hakijan nimi: | Henkilötunnus: |
| Osoite: | Puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin: |
| Postinumero ja -toimipaikka: | Vakinainen asuinkunta: |
| Ammatti: | Sähköpostiosoite: |
| Siviilisääty | |
| <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio-/Avoliitossa/Rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski | |
| Samassa taloudessa asuvat henkilöt | |
| <input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun seuraavien henkilöiden kanssa (nimi ja syntymävuosi) | |
| | |

VAMMAISPALVELULAIN NOJALLA HAETTAVA PALVELU

| |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet 2. <input type="checkbox"/> Palveluasuminen 3. <input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, koneet ja laitteet 4. <input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus 5. <input type="checkbox"/> Muu, mikä |
| HUOM! Kuljetuspalvelua ja henkilökohtaista avustajaa haetaan erillisellä hakemuksella. Erittely haettavasta palvelusta |
| Arvioidut kustannukset |
| Saatteko tämän sairauden tai vamman perusteella palvelua tai korvausta tapaturmasta, liikennevahingosta, potilasvahingosta tai sotilasvammasta? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Jos saatte, niin mitä ja mistä? |

Onko teille myönnetty aikaisemmin tässä hakemuksessa haettavia palveluja?

Ei Kyllä

Jos on, niin mitä?

KUVAUS VAMMAN AIHEUTTAMASTA HAITASTA

Vamma tai sairaus

Vamman tai sairauden haitat jokapäiväisissä toiminnoissa

Keneltä saatte apua / hoitoa?

Saatteko kotipalvelua / kotihoitoa?

Ei Kyllä

Jos saatte, niin kuinka usein?

Omaishoito

Ei Kyllä

LIITTEET

Lääkärintlausunto (Tarvitaan vammaispalveluja ensimmäisen kerran haettaessa tai olosuhteiden muuttuessa.)

Kustannusarvio

Muu, mikä

Suostun siihen, että työntekijä saa pyytää/hankkia asiani käsittelyn kannalta välttämättömiä tietoja Liedon kunnan sosiaali - ja terveydenhuollon rekistereistä
Lapsiperheiden palveluiden rekisteristä
Potilasrekisteristä
Päihdehuollon asiakasrekisteristä
Työikäisten palvelujen asiakasrekisteristä
Hoito- ja hoivapalvelujen (vanhuspalvelujen) asiakasrekisteristä
sekä
Liedon kunnan varhaiskasvatuksen asiakasrekisteristä
Työllistämispalveluiden valmennuksen ja palkkatukityöllistymisen asiakasrekisteristä
Kansaneläkelaitokselta
Vakuutusyhtiöiltä

Suostumus hakemuksen käsittelemiseksi välttämättömien tietojen hankkimiseen:

Suostumus on voimassa asianne käsittelyn ja palvelun voimassaolon ajan ja se lakkaa automaattisesti palvelun päätyttyä. Mikäli tietojanne tarvitaan tämän jälkeen, teiltä tullaan pyytämään suostumusta uudelleen. Tietojen pyynnöstä ja saamisesta tehdään merkintä sosiaalihuollon asiakasrekisteriin. Mikäli hakemuksen käsittelemiseksi tarvitaan tietoja muista henkilörekistereistä, tullaan pyytämään tietojen saamiseen erillinen suostumus. Asiakkaalla on oikeus peruuttaa antamansa suostumus missä asian käsittelyn vaiheessa tahansa.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 20 §:n mukaan valtion ja kunnan viranomaisen sekä muu julkisoikeudellinen yhteisö, kansaneläkelaitos, eläketurvakeskus, eläkesäätiö ja muu eläke-

laitos, vakuutuslaitos, koulutuksen järjestäjä, sosiaalipalvelun tuottaja, terveyden- ja sairaudenhoitotoimintaa harjoittava yhteisö tai toimintayksikkö sekä terveydenhuollon ammattihenkilö ovat velvollisia antamaan sosiaalihuollon viranomaiselle sen pyynnöstä maksutta ja salassapitosäännösten estämättä hallussaan olevat sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset, jotka viranomaiselle laissa säädetyn tehtävän vuoksi ovat välttämättömiä asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi, sosiaalihuollon järjestämiseksi ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseksi sekä viranomaiselle annettujen tietojen tarkistamista varten.

Teillä on oikeus tarkistaa itseänne koskevat tiedot sekä oikeus vaatia virheellisten tai tarpeettoman tiedon korjaamista. Vaatimuksenne voitte esittää asiaanne hoitavalle viranhaltijalle. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 13 §.)

- Suostun
- En suostu ja ymmärrän, että tämä saattaa vaikuttaa asiani käsittelyyn
- Olen tietoinen, siitä, että tietojani rekisteröidään Liedon sosiaali- ja terveystalouden asiakastietojärjestelmään.

ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

Lisätietoja antaa

Palveluohjaaja puh. 050 571 6962 (alle 25-vuotiaat, alle 65-vuotiaiden omaishoidontuki ja kehitysvammahuollon palvelut)

Sosiaaliohjaaja puh. puh. 050 413 5966 (yli 25-vuotiaat, SHL kuljetuspalvelu)

Sosiaaliohjaaja puh. 050 591 2293 ma-ke, pe 9-10