


KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Härkätien sosiaali- ja terveystoimet
 Vammaispalvelu
 PL 24
 21421

Saapumispäivä

HENKILÖTIEDOT:

Hakijan nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	Puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin:
Postinumero ja -toimipaikka:	Vakinainen asuinkunta:
Ammatti:	Sähköpostiosoite:

Asutteko yksin	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei, perheeseeni kuuluu lisäksi:
----------------	--------------------------------	--

Kotona asuvien lasten syntymävuodet:

HAEN KULJETUSPALVELUA SEURAAVIIN MATKOIHIN:

- Työmatkat (liitteeksi todistus työnantajalta, selvitys työajoista ja lääkärinlausunto)
- Opiskelumatkat (liitteeksi todistus oppilaitoksesta ja lääkärinlausunto)
- Vammaispalvelulain mukaiset asioimis- ja vapaa-ajan matkat (liitteeksi lääkärinlausunto)

VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT:

Vamma tai sairaus

Käytättekö apuvälineitä:
 Kyllä, mitä: En

Miten vammanne tai sairautenne haittaa liikkumistanne kodin ulkopuolella?

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona:
 Kesällä metriä, talvella metriä

Miten selviydytte portaista:

Miten kauan jaksatte seistä:

Saatteko kotihoitoa (= kotipalvelu/kotisairaanhoido)	
<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> En
Kuinka pitkä matka asunnoltanne on linja-autopysäkille? _____ metriä	
Pystyttekö käyttämään yleisiä kulkuneuvoja?	<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, saattajan kanssa <input type="checkbox"/> kyllä, yksin
Miksi ette pysty?	
Mitä kulkuneuvoa olette nyt käyttänyt asiointi- ja vapaa-ajan matkoillanne?	
Onko perheessänne auto?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Oletteko saanut autoon autoveron palautusta tai taloudellista tukea auton hankintaan?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Pystyttekö ajamaan itse?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Mikä kulkuneuvo on vamman tai sairauden vuoksi välttämätön?	<input type="checkbox"/> taksi <input type="checkbox"/> invataksi
Saattoapu:	
<input type="checkbox"/> en tarvitse	
<input type="checkbox"/> kyllä, mutta vain autoon nousemisessa ja poistumisessa	
<input type="checkbox"/> kyllä, minut on noudettava asunnostani, miksi?	
<input type="checkbox"/> kyllä, koko matkan ajan, miksi?	
Millaisille matkoille tarvitsette kuljetusapua?	
Matkamäärä kuukaudessa:	
<p>SUOSTUMUS</p> <p>Suostun siihen, että työntekijä saa pyytää/hankkia asiani käsittelyn kannalta välttämättömiä tietoja Liedon kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereistä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lapsiperheiden palveluiden rekisteristä • Potilasrekisteristä • Päihdehuollon asiakasrekisteristä • Työikäisten palvelujen asiakasrekisteristä • Hoito- ja hoivapalvelujen (vanhuspalvelujen) asiakasrekisteristä sekä • Liedon kunnan varhaiskasvatuksen asiakasrekisteristä • Työllistämispalveluiden valmistuksen ja palkkatukityöllistymisen asiakasrekisteristä • Kansaneläkelaitokselta • Vakuutusyhtiöiltä <p>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 vammaispalvelun 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.</p> <p>Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 20 §:n mukaan valtion ja kunnan viranomaisen sekä muu julkisoikeudellinen yhteisö, kansaneläkelaitos, eläketurvakeskus, eläkesäätiö ja muu eläkelaitos, vakuutuslaitos, koulutuksen järjestäjä, sosiaalipalvelun tuottaja, terveyden- ja sairaudenhoitotoimintaa</p>	

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

Olen tietoinen siitä, että tietojani rekisteröidään Liedon sosiaali -ja terveystietojärjestelmään.

ALLEKIRJOITUS

päiväys

nimenselvennys

Yhteyshenkilö:

Kuljetuspalvelua haettaessa on mukaan liitettävä Liedon kunnan hyväksymä lääkärinlausunto, josta ilmenevät ne vaikeudet, joita hakijalla on liikkumisessa.

Liitteet:

Lääkärinlausunto

Työnantajan/oppilaitoksen todistus

Muu lausunto/todistus

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)

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