

# VAMMAISPALVELUHAKEMUS

## Vammaispalvelulain ja -asetuksen mukaiset palvelut/etuudet

(asunnon muutostyöt, asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet, henkilökohtainen apu, sopeutumisvalmennus, muut palvelut)

HUOM! Kuljetuspalveluita haetaan omalla lomakkeella.



Pielaveden kunta/Perusturvaosasto

Hakemus saapunut \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

PL 27, 72401 Pielavesi

Vastaanottaja \_\_\_\_\_

<b>Sukunimi ja etunimet</b>	
<b>Henkilötunnus</b>	<b>Puhelinnumero</b>
<b>Osoite</b>	

<b>ASUMINEN</b> <input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt, mitä ja arvioidut kustannukset  <input type="checkbox"/> Asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet, mitä ja arvioidut kustannukset  <input type="checkbox"/> Palveluasuminen
---

<b>HENKILÖKOHTAINEN APU</b> <input type="checkbox"/> mihin, arvioitu tarvittava tuntimäärä
---

<b>MUUT PALVELUT</b> <input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus, mitä ja arvioidut kustannukset  <input type="checkbox"/> Päivätoiminta
--

Tulkkipalvelut

Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet, mitä ja arvioidut kustannukset

Muuta, mitä ja arvioidut kustannukset

**TERVEYDENTILAAN, VAMMAAN TAI SAIRAUTEEN LIITTYVÄT TIEDOT**

- Lyhyt kuvaus hakijan terveydentilasta, apuvälineiden käytöstä ym.
- Vamma tai sairaus, missä ja milloin aiheutunut

**Saatteko vammanne/sairautenne hoitamiseen apua tai hoitoa? Kuinka usein ja mitä palveluja?**

Kotihoito

Kotisairaanhoido

Omaiset, kuinka usein?

Muut

**Sotilas-, liikenne- ja tapaturmavakuutuskorvauksen yms. erityisehdot**

Vakuutusyhtiö ja vahinkonumero

Työkyvyttömyysaste                      %

## PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

1= selviydyn omatoimisesti 2= tarvitsen apua jonkin verran 3= tarvitsen apua erittäin paljon

1	2	3	
			Peseytyminen
			WC-toiminnot
			Pukeutuminen
			Lääkehoito
			Ruuanvalmistus
			Ruokailu
			Kodinhoito, pyykkihuolto
			Asiointi kodin ulkopuolella
			Kommunikaatio, viestintä
			Avuntarve jossain muussa, missä?

## LISÄTIETOJA

Oma näkemys palveluntarpeen syystä, lyhyt kuvaus seikoista, jotka vaikeuttavat päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä, perustelut ym.

**Onko palveluja tarvitsevalle myönnetty aikaisemmin tässä ilmoituksessa tarkoitettuja palveluja**

- Ei  Kyllä, mitä

**Mitä muita palveluja tai korvauksia asianomainen saa tai onko hänellä parhaillaan vireillä muita tukipalvelu- tai korvauksia, mitä?**

**Jos olette edunvalvonnassa, edunvalvojan nimi ja yhteystiedot:**

**HUOLTAJAN TAI MUUN YHTEYSHENKILÖN NIMI, OSOITE JA PUHELINNUMERO**  
(Yhteyshenkilöllä tarkoitetaan asiaa hoitavaa henkilöä, mikäli se on muu kuin hakija itse)

#### **SUOSTUMUS**

**Hakemustani käsittelevä viranhaltija voi muilta viranomaisilta (sosiaali- ja terveydenhuolto) pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. Tietoja voidaan pyytää tai hakea tietojärjestelmistä, puhelimitse tai kirjallisesti**

Annan suostumukseni     En anna suostumustani

**Asiakastiedot rekisteröidään sosiaalitoimiston Pro Consona –asiakastietojärjestelmään (Järjestelmän rekisteriseloste on nähtävissä sosiaalitoimistossa).**

Vakuutan vastanneeni rehellisesti kaikkiin tässä lomakkeissa esitettyihin kysymyksiin ja annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

**Paikka ja aika**

**Hakijan allekirjoitus**

#### **HAKEMUKSEN LIITTEET**

Hakemukseen liitetään tarvittaessa tilannetta selventäviä sosiaali- ja terveydenhuollon tai muun asiantuntijan lausuntoja, kustannusarvio, laadittu kuntoutussuunnitelma yms.

Haettaessa ensimmäistä kertaa vammaispalveluita, on esitettävä selvitys siitä, että haitta aiheutuu vammasta tai sairaudesta.

#### **LISÄTIEDOT:**

Erityispalveluiden esimies, p. 040-4894822, Kontiotie 7, 72400 Pielavesi

#### **HAKEMUKSEN PALAUTUS:**

Pielaveden kunta/Sosiaalitoimisto  
PL 27, 72401 Pielavesi

(kuoreen merkintä ”Vammaispalveluhakemus”)