

KULJETUSPALVELUHAKEMUS

- Tarvitaan uusi lääkärintlausunto Saapunut ____ / ____ 20 ____
- Ei tarvita uutta lääkärintlausuntoa

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	
VAMMAISUUTTA JA ELINOLOSUHTEITA KOSKEVAT TIEDOT	Vammaisuuden aiheuttaja (vamma tai sairaus). Millaisia vaikeuksia liikkumisessanne esiintyy?	
	Käytättekö apuvälineitä <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä _____	
	Asutteko yksin <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en, keitä perheenjäseniä asuu kanssanne _____	
	Lähin omaisenne Nimi _____ Puhelin _____ Osoite _____	
	Saatteko kodinhoidon palveluja <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, minkälaisia ja kuinka usein _____	
	Tarvitsetteko apua seuraavissa päivittäisissä toiminnoissa <input type="checkbox"/> ruoanlaitossa <input type="checkbox"/> kaupassa käynnissä, postissa, pankissa yms. asioiden hoidossa Kuka auttaa _____	
	Onko perheessänne auto <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Miten olette kulkenut tähän asti _____	

	<p>Voitteko käyttää julkisia liikennevälineitä</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> en, kuvaillkaa millä tavalla vammanne tai sairautenne estää Teitä käyttämästä julkisia liikennevälineitä _____</p> <p>_____</p>
	<p>Kuinka pitkä matka Teillä on</p> <p>pysäkille _____ km</p> <p>keksustaan _____ km</p>
	<p>Jos asuinalueellanne liikennöi palveluliikenne, voitteko käyttää sitä</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> en, miksi _____</p>
	<p>Jos asuinalueeltanne tulee koulukuljetuksia, voitteko käyttää niitä</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> en, miksi _____</p>
	<p>Saattaja on tarpeellinen, jos taksin/invataksin apu ei riitä.</p> <p>Onko saattaja välttämätön käyttäessänne kuljetuspalvelua?</p> <p>_____</p> <p>Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla?</p> <p>_____</p> <p>Onko tiedossanne henkilöä, joka voi toimia saattajana?</p>
MATKOJEN LUKUMÄÄRÄ	<p>Tarvitsen yhdensuuntaisia matkoja seuraavasti</p> <p>(valitkaa vaihtoehtoista jompikumpi, kuukausi tai vuosi)</p> <p><input type="checkbox"/> kuukaudessa _____ yhdensuuntaista matkaa</p> <p><input type="checkbox"/> vuodessa _____ yhdensuuntaista matkaa</p>
LISÄTIETOJA	
PÄIVÄYS	
ALLEKIRJOITUS	

Liitteeksi lääkärintodistus tai terveydenhoitoviranomaisen todistus (aik. hakeneilta vain pyydettyessä). Lääkärintodistuksen on oltava sellainen, missä on kuvattu vamman tai sairauden aiheuttamaa vaikeutta liikkumisessa ja julkisten liikennevälineiden käytössä.

Haapajärvi

Peruspalvelukuntayhtymä
Selänne
Aikuissosiaalityö
Vammaispalvelut
Kirkkokatu 2
85800 Haapajärvi

Pyhäjärvi

Peruspalvelukuntayhtymä
Selänne
Aikuissosiaalityö
Vammaispalvelut
Ollintie 26, PL 15
86800 Pyhäsalmi

Reisjärvi

Peruspalvelukuntayhtymä
Selänne
Aikuissosiaalityö
Vammaispalvelut
Reisjärventie
85900 Reisjärvi