

Saapumispäivämäärä _____

1 HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja kaikki etunimet			
Henkilötunnus		Ammatti (ei eläkeläinen)	
Koulutus		Perhesuhde <input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> asumuserossa / <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> erossa asuva	
Väestökirjalain mukainen kotipaikkakunta		Jakeluosoite	
Postinumero	Osoitetoimipaikka	Puhelin kotiin	Puhelin toimeen

2 VAMMA TAI SAIRAUS (Mukaan liitettävä lääkärintodistus kuljetuspalvelun hakemista varten)

Vamma tai sairaus
Missä ja milloin aiheutunut

3 LIIKKUMINEN

<input type="checkbox"/> Ilman apua tai apuvälineitä tarvittava apuväline: <input type="checkbox"/> keppi/kepit <input type="checkbox"/> kyynärsauvat <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> pyörätuoli		
<input type="checkbox"/> liikuntakyvytön		
<input type="checkbox"/> toisen henkilön avustamana: <input type="checkbox"/> saattaja <input type="checkbox"/> muu, mikä		
Miten liikutte sisällä asunnossanne	Miten selviydte portaissa	
Miten liikutte ulkona (esim. kuinka pitkän matkan)		
Asioimis- ja vapaa-ajan matkoilla käyttämänne kulkuvälineet <input type="checkbox"/> julkiset kulkuvälineet (bussi ja juna) <input type="checkbox"/> Palvelulinja <input type="checkbox"/> oma auto <input type="checkbox"/> taksi <input type="checkbox"/> invataksi		
Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Matkan pituus lähimmälle pysäkillä	Onko perheessänne auto <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Oletteko saanut auton hankintaan julkista tukea (autoveron palautus, VPL:n mukainen autoavustus, KELA:n autoavustus) <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		

4 ULKOPUOLINEN APU

Saatteko kotipalvelun palveluja	kuinka usein	mitä palveluja
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		
Auttavatko omaiset Teitä	kuinka usein	missä asioissa
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		
Auttaako Teitä joku muu henkilö (esim. ystävä, naapuri, tukihenkilö, henkilökohtainen avustaja)	kuinka usein	missä asioissa
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		

5 ASUMINEN

Asumismuoto <input type="checkbox"/> vanhempien luona <input type="checkbox"/> avio-/avopuolison kanssa <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> sisarusten luona <input type="checkbox"/> lasten kanssa <input type="checkbox"/> muun henkilön kanssa	asukkaiden lukumäärä
Talotyyppi <input type="checkbox"/> omakotitalo <input type="checkbox"/> kerrostalo <input type="checkbox"/> rivitalo <input type="checkbox"/> muu	
Varustetaso <input type="checkbox"/> hissi <input type="checkbox"/> ei hissiä	portaat, montako kerrosväliä? _____ luiska
Pääsettekö omatoimisesti asunnostanne ulos <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä pääsen	

6 TYÖ- JA OPISKELUMATKAT

Ansiotyö <input type="checkbox"/> toisen palveluksessa <input type="checkbox"/> itsenäinen ammatinharjoittaja			
Työnantaja			
Työpaikan osoite			
Työpäivien lukumäärä viikossa	Päivittäinen työaika	Onko Teillä mahdollisuus suorittaa työmatkanne yhteiskuljetuksena <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Saatteko avustusta työmatkoihinne muualta, mistä			
Opiskelu / Oppilaitoksen nimi			
Oppilaitoksen osoite			
Opintojen alkamispvm.	Opintojen päättämispvm.	Opiskelupäivien lukumäärä viikossa	Onko Teillä mahdollisuus suorittaa opiskelumatkanne yhteiskuljetuksena <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Saatteko avustusta kuljetuksiin muualta, esim. Kansaneläkelaitokselta			

7 ERITYISTIEDOT (Sotilasvamma-, liikenne- tai tapaturmavakuutuskorvaus)

Työkyvyttömyysaste %	Vakuutusyhtiö	Vahinkonumero
Saatteko KELA:n maksamaa <input type="checkbox"/> lapsen hoitotukea _____ e <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> eläkkeensaajien hoitotukea _____ e <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> vammaistukea _____ e <input type="checkbox"/> ei		

8 KULJETUSPALVELUMATKOJEN TARVE

Arvioin tarvitsevani _____ yhdensuuntaista matkaa / kuukaudessa.
Tarvitsen kuljetuspalvelumatkoja käydessäni

9 MAHDOLLINEN YHTEYSHENKIÖ

Yhteyshenkilö / omainen	Nimi	Puhelin kotiin / työhön
	Jakeluosoite	Postinumero
	Osoitetoimipaikka	Sukulaisuussuhde

10 PÄIVÄYS JA HAKIJAN ALLEKIRJOITUS

Allekirjoituksellani suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta	
Päiväys	Allekirjoitus

LIITTEENÄ Lääkärintodistus kuljetuspalvelun hakemista varten.

--

LISÄTIETOJA
