

VAMMAISPALVELUHAKEMUS

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Puhelinnumero	Kotikunta
Lähiosoite	Ammatti
Postinumero ja -toimipaikka	
Siviilisääty <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio- avoliitossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde	
Asuminen <input type="checkbox"/> Omistusasunto <input type="checkbox"/> Vuokra-asunto <input type="checkbox"/> Palveluasuminen <input type="checkbox"/> Muu mikä? _____	
<input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Muut samassa taloudessa asuvat: _____	
Lähiomaisen/hoitajan/edunvalvojan nimi ja yhteystiedot:	
Sairaus tai vamma ja siitä aiheutunut haitta: (lääkärintlausunto liitteeksi kts. Liitteet)	
Haettavat vammaispalvelut <input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt <input type="checkbox"/> Kuntoutusohjaus/Sopeutumisvalmennus <input type="checkbox"/> Asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet <input type="checkbox"/> Autoavustus <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu, haettava määrä _____ h/kk <input type="checkbox"/> Auton apuvälineet/muutostyöt <input type="checkbox"/> Palveluasuminen <input type="checkbox"/> Ylimääräiset erityisravintokustannukset <input type="checkbox"/> Ylimääräiset vaatekustannukset <input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, koneet ja laitteet <input type="checkbox"/> Muu palvelu tai taloudellinen tukitoimi, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Kehitysvammahuollon palvelut, mikä? _____	
Miksi haette kyseistä palvelua? Oma näkemys palvelutarpeesta ja selvitys kustannuksista:	

Käytössä olevat apuvälineet ja hoitotarvikkeet

- Pyörätuoli Rollaattori Kyynärsauvat Keppi
 Hoitotarvikkeet, mitä? _____

Käytössä olevat palvelut

- Kotihoito Kotisairaanhoido Ateriapalvelu Saunotuspalvelu
 Kauppalpalvelu Siivouspalvelu Turvapuhelin Päivätoiminta
 Muu mikä? _____

Saako hakija korvausta tai avustusta jostain muualta?

- Liikennevakuutus Sotilasvammalaki Potilasvahinkovakuutus
 Tapaturmavakuutus KELA:n kuntoutus
 Vapaaehtoinen vakuutus, mikä? _____

Vakuutusyhtiön nimi ja vahinkonumero: _____

Saatteko Kela:lta hoito-/vammaistukea? En Alin Korotettu Ylin

Päivittäiset toiminnot: 1=Selviydyn omatoimisesti 2=Tarvitsen apua 3=Tarvitsen apua runsaasti

- | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peseytyminen | | | Ruoan valmistus | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wc-toiminnot | | | Ruokailu | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pukeutuminen | | | Asiointi kodin ulkopuolella | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lääkehoito | | | Kommunikaatio, viestintä | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kodinhoito, pyykkihuolto | | | Avuntarve jossain muussa, missä? | | |

Hakemuksen teossa avustanut henkilö ja hänen yhteystietonsa: _____

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi tarvittaessa pyytää lisätietoja muilta viranomaisilta tai asiakkaan palvelujen järjestämisestä vastaavilta tahoilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemuksen käsittelyssä tarpeellisia. (Esim. kuntahoitaja, kotipalvelu) Suostun En suostu

Liitteet

- Lääkärintlausunto

Hakemuksen liitteeksi tarvitaan sellainen lääkärintlausunto, josta ilmenee hakijan sairaus tai vamma, arvio haitta-asteesta ja sen pitkäaikaisuudesta sekä kuvaus tämän hetkisestä toimintakyvystä ja mahdolliset kuntoutumisen suunnitelmat.

- Asiantuntijalausunto/suositus

Esim. kuntoutusohjaajan tai toimintaterapeutin esim. asunnon muutostöihin/välineisiin ja laitteisiin

Päiväys

_____ / _____ 20 _____

Paikka

Allekirjoitus

Hakemus palautetaan postitse tai tuomalla sosiaalikeskuksen neuvontaan.

Postiosoite:

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Vammaispalvelut

PL 4 (Virrankatu 2)

74101 Iisalmi

Lisätietoja antavat soittoajalla ma-pe klo 12-13:

Vammaispalvelujen sosiaalityöntekijät

Puh. 040 031 3249

Puh. 040 637 1298

Puh. 040 594 9225

Mikäli tulette asioimaan, käyntiajan varaaminen etukäteen on välttämätöntä.