

Saapumispäivämäärä

Kannonkosken kunta
Vanhustyönohjaaja/Sosiaalijohtaja
Järvitie 1
43300 Kannonkoski

1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

| | | |
|---|------------------|--|
| Sukunimi ja etunimet | | |
| Henkilötunnus | Ammatti | |
| Osoite | Postinumero | |
| Puhelin kotiin | Puhelin toimeen | |
| Matkapuhelin | Sähköpostiosoite | |
| Kotipaikka väestötietolain mukaan | | |
| Onko Teillä erityisiä vaikeuksia kommunikoinnissa tai puheen tuottamisessa? Pystyttekö esim. kertomaan kuljettajalle tai kuljetustilauksen vastaanottajalle matkanne määränpään? <input type="checkbox"/> 1 Normaali puhe <input type="checkbox"/> 2 Epäselvä puhe <input type="checkbox"/> 3 Käytätte viittomia <input type="checkbox"/> 4 Jokin muu kommunikoinnin apuväline, mikä | | |

2. KULJETUSPALVELU JOTA HAETAAN

| |
|---|
| Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin 1. <input type="checkbox"/> Työmatkat, täyttäkää kohta 5 2. <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat, täyttäkää kohta 6 3. <input type="checkbox"/> Asioimis- ja vapaa-ajan matkat |
| Mitkä ovat ne asioimiskohteet, joihin tarvitsette kuljetuspalvelua (Missä käyttö?) |

3. VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

| |
|---|
| Vamma ja/tai sairaus |
| Käytättekö apuvälineitä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei |
| Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Rollaattori/Kävelyteline <input type="checkbox"/> Kyynärsauvat <input type="checkbox"/> Keppi <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli/sähkömopo <input type="checkbox"/> Happirikastin/hengityslaite Muu, mikä? |
| Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään ulkona vaikeuksitta? <input type="checkbox"/> Kesällä m <input type="checkbox"/> Talvella m |
| Näkövammainen henkilö täyttää: Puuttuuko Teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei |

4. ELINOLOSUHTEITA JA LIIKKUMISTA KOSKEVAT TIEDOT

| |
|--|
| Asutteko yksin? <input type="checkbox"/> 1 Kyllä <input type="checkbox"/> 2 Ei |
| Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa? <input type="checkbox"/> 1 Kyllä <input type="checkbox"/> 2 Ei |
| Kuka auttaa? |
| Tarvitsetteko apua kaupassa, postissa tai muiden asioiden hoidossa kodin ulkopuolella? <input type="checkbox"/> 1 Kyllä <input type="checkbox"/> 2 Ei |
| Kuka auttaa? |
| Koetteko tarvitsevanne muuta kotipalveluapua tai apua päivittäisissä toiminnoissa? <input type="checkbox"/> 1 Kyllä <input type="checkbox"/> 2 Ei |
| Millaista apua koette tarvitsevanne? |
| Haluan, että vanhustyönohjaaja ottaa minuun yhteyttä kotipalvelutarpeen selvittämiseksi. <input type="checkbox"/> 1 Kyllä |

LIKKUMINEN

Miten liikutte sisällä asunnossanne?

3 Asuntoni on 1. kerroksessa rivitalossa pientalossa

Miten selviydytte portaista?

Miten liikutte ulkona?

Asuntonne sijainti palvelujen ja liikenneyhteyksien kannalta? (Esim. välimatkat lähimmälle pysäkillä, asuinympäristön maasto, palvelujen sijainti)

Mitä liikennevälinettä käytätte asioimis- tai vapaa-ajan matkoilla?

1 Julkiset joukkoliikennevälineet (linja-auto tai palveluliikenne)

2 Taksi

3 Invataksi

4 Oma auto

Kuinka usein käytätte julkisia joukkoliikennevälineitä?

_____ Kertaa viikossa _____ kertaa kuukaudessa _____ kertaa vuodessa

En voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä

Tarvitsetteko apua esim. autoon nousemisessa tai siitä poistuttaessa?

1 Kyllä. Millaista apua?

2 Ei

Onko Teillä saattaja mukana?

1 Aina

2 Toisinaan. Milloin?

3 Ei koskaan

Kuka yleensä saattaa?

Voitteko käyttää julkisia liikennevälineitä saattajan avulla?

- 1 Kyllä
- 2 Kyllä joskus. Millaisissa tilanteissa?
- 3 Ei koskaan. Miksi ei?

Tarvitsetteko taksinkuljettajan tai toisen henkilön antamaa apua lähtö- tai määräpaikassa?

- 1 Kyllä, aina
- 2 Ei
- 3 Kyllä toisinaan. Milloin?

Minkälaista apua?

Onko taloudessanne auto?

- Ei Kyllä

Mikäli taloudessanne on auto, miksi sitä ei voi käyttää kuljetuksiinne

5. ANSIOTYÖ

- Toisen palveluksessa Itsenäinen ammatinharjoittaja

Työnantaja

Työpaikan osoite

Työpäivien lukumäärä kuukaudessa

Päivittäinen työaika

Saatteko avustusta työmatkoihinne muualta? Mistä?

Antakaa selvitys matkareitistä kohdassa 7.

6. OPISKELU

| |
|--|
| Oppilaitoksen nimi |
| Oppilaitoksen osoite |
| Jos opiskelupaikkoja on yhtä aikaa useita tai opiskelutilat vaihtuvat päivän aikana siten, että siirtymisiin tarvitaan kuljetuspalveluja, kertokaa asiasta tarkemmin |
| Opintojen alkamispäivämäärä Opintojen päättymispäivämäärä Opiskelupäivien lukumäärä kuukaudessa |
| Saatteko avustusta opiskelumatkoihinne muualta, mistä? |

7. LISÄTIEDOT

| |
|--|
| |
|--|

8. SUOSTUMUS

| |
|--|
| Hakemustani käsitellään sosiaalitoimen moniammatillisessa työryhmässä, jossa on viranhaltijoita sosiaali- ja terveystoimesta. Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä. |
| <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu |
| <input type="checkbox"/> Voin peruuttaa suostumukseni ilmoittamalla siitä asiaani käsittelevälle työntekijälle. |

9. ALLEKIRJOITUS

| | |
|----------------------|--|
| Paikka ja päivämäärä | Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys |
|----------------------|--|

10. HAKEMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ AVUSTANUT HENKILÖ

| |
|----------------------------------|
| Nimi |
| Virka-asema tai sukulaisuussuhde |
| Puhelinnumero |

11. LIITTEET

Hakemukseen tulee liittää lääkärintodistus kuljetuspalvelun tarpeesta.

12. VIRANOMAISEN MERKINTÖJÄ

Asiakastietonne rekisteröidään sosiaalitoimiston asiakastietojärjestelmään.