

Lisätietoja:  
Vammaispalveluiden sosiaalityöntekijä puh. 050 3260 260

### HENKILÖTIEDOT

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	
Puhelinnumero	Saadaanko puhelinnumero luovuttaa Teitä noutavan ajoneuvon kuljettajalle matkan ajaksi? <b>Kuljettaja ei talleta numeroa myöhempää käyttöä varten.</b>	
Sähköposti	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
<b>Kuljetuspalvelumatkoja ei saa käyttää terveyskeskus- tai sairaalakäynteihin, jotka ovat korvattavissa sairaskorvauslain nojalla.</b>		

### HAKEMUS

Haen kuljetusapua seuraaviin matkoihin  
 asioimis ja virkistys  opiskelu  työ

### TYÖ- JA OPISKELUMATKAT

Työnantaja / oppilaitos
Työpaikan / oppilaitoksen osoite
Yhdensuuntaisten matkojen lukumäärä/kk _____ Liitteeksi työnantajan/oppilaitoksen todistus.
Vamma tai sairaus
Oletko saanut vammaispalvelulain tai muun nojalla avustusta autoa varten? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, vuonna: _____

### APUVÄLINEET JA KOMMUNIKOINTI

Apuväline, joka Teillä on **säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella.**

<input type="checkbox"/> ei apuvälineitä	<input type="checkbox"/> pyörätuoli (kokoontaitettava)	<input type="checkbox"/> valkoinen keppi
<input type="checkbox"/> keppi	<input type="checkbox"/> pyörätuoli (ei kokoontaitettava)	<input type="checkbox"/> happirikastin
<input type="checkbox"/> kynnärsauvat	<input type="checkbox"/> sähköpyörätuoli	<input type="checkbox"/> opaskoira
<input type="checkbox"/> rollaattori/kävelyteline(kokoontaitettava)	<input type="checkbox"/> sähkömopo	<input type="checkbox"/> muu, mikä?
<input type="checkbox"/> rollaattori / kävelyteline (ei kokoontaitettava)		

Onko Teillä jotain erityistä huomioitavaa liittyen tilaamiseen sekä matkan aikana tapahtuvaan yhteydenpitoon kuten esim.  
 puhevamma  näkövamma  kuulovamma  muistamattomuus  muu, mikä?

**ELINOLOSUhteita, ASUMISTA JA LIKKUMISTA KOSKEVAT TIEDOT**

Asuminen <input type="checkbox"/> koti  <input type="checkbox"/> laitos, missä? _____  <input type="checkbox"/> palvelutalo, missä? _____  <input type="checkbox"/> palveluasumisyksikkö, missä? _____
Minkälaisia vaikeuksia Teillä on liikkumisessa kodin ulkopuolella?  
Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään ulkona vaikeuksitta?  Kesällä _____ metriä      Talvella _____ metriä  Kuinka pitkä matka asunnostanne on linja-autopysäkillä? _____ metriä

**JULKISTEN LIIKENNEVÄLINEIDEN KÄYTTÖ**

Voitteko käyttää matalalattiabusseja? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> joskus, milloin? _____  <input type="checkbox"/> en lainkaan. Miksi ette? _____
Voitteko käyttää julkisia liikennevälineitä? <input type="checkbox"/> matalalattiabussi <input type="checkbox"/> linja-auto <input type="checkbox"/> saattajan kanssa <input type="checkbox"/> en lainkaan <input type="checkbox"/> palvelubussi      Miksi ette? _____

**KULJETUSPALVELUIDEN KÄYTTÖ**

Mikä kulkuneuvo on vamman tai sairauden vuoksi välttämätön? <input type="checkbox"/> henkilöautotaksi <input type="checkbox"/> farmariautotaksi <input type="checkbox"/> invotaksi <input type="checkbox"/> muu, mikä?
Tarvitsetteko taksikuljettajan antamaa apua lähtö- ja määräpaikassa? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä aina <input type="checkbox"/> kyllä toisinaan. Milloin? _____ Minkälaista apua?
Onko Teillä todettu allergia, joka on otettava huomioon kuljetusta toteuttaessa, mikä?

Onko Teillä vamma tai sairaus, jonka vuoksi ette voi matkustaa yhdessä toisten henkilöiden kanssa? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä. Miksi ette voi matkustaa muiden kanssa? _____
Onko Teillä erityistarpeita auton tai kuljetuksen suhteen?
Onko Teillä vammasta tai sairaudesta johtuva tarve tuttu taksi käyttöön? (=tietty kuljettaja, joka hoitaa kuljetukset) <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, miksi? _____
Tuttutaksin yhteystiedot:
Muu erityistarve, mikä?
Onko asioita, jotka haluatte kuljettajan saavan tietää etukäteen esim. vammaan, avuntarpeeseen, apuvälineiden käyttöön liittyen, jotta kuljetus onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla?

**HAKIJAN / HUOLTAJAN ALLEKIRJOITUS**

<b>Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi. Suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.</b>	
Paikka	Allekirjoitus
Päivämäärä	Nimenselvennys

Kuljetuspalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa on mukaan liitettävä terveydenhuoltohenkilön lausunto, josta ilmenee ne vaikeudet, joita hakijalla on liikkumisessa.  Vammaispalvelun mukaiset kuljetuspalveluhakemukset palautetaan osoitteeseen: Hattulan kunta, Vammaispalvelut, Pappilanniementie 9, 13880 HATTULA
--

Kunnan sosiaali- ja terveyslautakunta rekisterinpitäjänä tallentaa henkilötietonne vammaispalvelun asiakasrekisteriin. Rekisteriseloste on saatavissa asiaanne hoitavilta viranhaltijalta tai toimipisteen neuvonnasta. Teillä on oikeus tarkastaa itseänne koskevat tiedot sekä oikeus vaatia virheellisten tai tarpeettoman tiedon korjaamista. Vaatimuksen voitte esittää asiaanne hoitavalle viranhaltijalle. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 13§, henkilötietolaki 24§)