

**Naantalin kaupungin vammaispalvelut
Vaikeavammaisten kuljetuspalveluhakemus****Hakijan perustiedot**

Saapumispäivä

Henkilötiedot	
Hakijan nimi	Henkilötunnus
Katuosoite	Puh., josta tavoittaa päivisin
Postinumero ja postitoimipaikka	Vakinainen asuinkunta
Ammatti	Sähköpostiosoite
Asutteko yksin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En, perheeseeni kuuluu lisäksi	
Huoltaja / edunvalvoja, yhteystiedot	
Nimi	Puh., josta tavoittaa päivisin
Katuosoite	Sähköpostiosoite
Postinumero ja postitoimipaikka	
Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin <input type="checkbox"/> Työmatkat (liitteeksi todistus työnantajalta, selvitys työajoista ja lääkärinlausunto) <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat (liitteeksi todistus oppilaitoksesta ja lääkärinlausunto) <input type="checkbox"/> VpL:n mukaiset asiomis- ja vapaa-ajan matkat (liitteeksi lääkärinlausunto)	
Oletko hakenut sosiaalihoitolaian mukaista liikkumista tukevaa kuljetuspalvelua? <input type="checkbox"/> Kyllä, olen hakenut ja saan palvelua. <input type="checkbox"/> Kyllä, mutta sitä ei ole myönnetty. <input type="checkbox"/> En ole hakenut.	
Vammaisuutta tai sairautta koskevat tiedot	
Toimintakykyyn vaikuttavat vammat ja sairaudet sekä ajankohta milloin diagnosoitu?	
Pystyttekö käyttämään julkisia liikennevälineitä? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> saattajan kanssa <input type="checkbox"/> yksin	

Oma näkemys siitä, miten vamma tai sairaus vaikeuttaa/rajoittaa liikkumista ja julkisten liikennevälineiden käyttöä?	
Onko perheessänne auto?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Pystyttekö ajamaan itse?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Oletteko saanut autoon autoveron palautuksen tullilta tai VpL:n mukaista tukea?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Saatteko kuljetuksiin korvausta muualta, esim. vakuutusyhtiöltä.	
<input type="checkbox"/> En saa.	
<input type="checkbox"/> Kyllä. Mistä?	
Millaisille matkoille tarvitsette kuljetuspalvelua?	
Matkan pituus metreinä lähimpään	
päivittäistavarakauppaan _____	apteekkiin _____
linja-autopysäkille _____	pankkiin _____
Allekirjoitus ja suostumus	
Hakemustani käsittelevä työntekijä saa pyytää ja tarkastaa muilta viranomaisilta tarvittavia lisätietoja. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 § 14–20).	
_____ Päiväys	_____ Allekirjoitus
_____ Nimen selvennys	
Mahdollinen yhteyshenkilö	Yhteyshenkilön puh.
Liitteet:	
<input type="checkbox"/> terveyskeskuslääkärin lausunto	<input type="checkbox"/> työnantajan tai oppilaitoksen todistus
<input type="checkbox"/> toimintakyvyn itsearviointilomake	<input type="checkbox"/> kopio edunvalvojan määräyksestä
<input type="checkbox"/> muu lausunto tai todistus	

Hakemuksen voitte palauttaa kaikkiin kaupungin palvelupisteisiin tai osoitteeseen:

Naantalin kaupunki
 Sosiaali- ja terveystoimet
 Vammaispalvelut
 Käsityöläiskatu 2
 21100 Naantali