

Saapumispäivä ____ / ____ 20____

ILMOITUS VAMMAIS- PALVELULAIN MUKAISESTA TARPEESTA	<input type="checkbox"/> Asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja <input type="checkbox"/> Kuntoutusohjaus <input type="checkbox"/> Palveluasuminen <input type="checkbox"/> Palvelusuunnitelma <input type="checkbox"/> Päivätoiminta <input type="checkbox"/> Muu palvelu
---	--

HAKIJA	Nimi	Syntymäaika
	Osoite	Puhelinnumero
	Postinumero ja -toimipaikka	
TARVITTAVAT PALVELUT	Kirjoittakaa tähän haettavat palvelut, arvioikaa tarpeen määrä	
TERVEYDENTILA	Lyhyt kuvaus vamman tai sairauden aiheuttamasta haitasta jokapäiväisissä toiminnoissa	

PERUSTELUT	Hakijan perustelut palvelun/tukitoimen myöntämiseksi	
MUUT PERUSTELUT/ PALVELUT	Saatteko tai haetteko tämän sairauden tai vamman perusteella korvausta tapaturmasta, liikennevahingosta, potilasvahingosta tai sotilasvammasta? <input type="checkbox"/> En saa, en hae <input type="checkbox"/> Haen/saan mitä ja mistä?	
	Onko palveluja tarvitsevalle myönnetty aikaisemmin tässä hakemuksessa tarkoitettuja palveluita? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	
HAKIJAN TAI HUOLTAJAN/MUUN LAILLISEN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	Nimi	
	Osoite	Puhelinnumero
	Postinumero ja -toimipaikka	
PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika	
	/ 20	
	Allekirjoitus ja nimenselvennys	
	<input type="checkbox"/> Suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta	
LIITTEET	<input type="checkbox"/> Lääkärinlausunto, alle vuoden vanha (tarvitaan vammaispalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa tai olosuhteiden muuttuessa.) <input type="checkbox"/> Kustannusarvio <input type="checkbox"/> Muu lausunto, mikä	

LOMAKE PALAUTETAAN

 Rauman sosiaali- ja terveysvirasto
 Vammaispalvelut/palvelu mitä haetaan
 käyntiosoite: Kalliokatu 1, 26100 Rauma,
 postiosoite: PL 59, 26101 Rauma