

Saapumispäivä ____ / ____ 20____

Haen kuljetuspalvelua:

- Vammaispalvelulain nojalla (vaikeavammainen)
 Sosiaalihuoltolain nojalla (vanhus /vammainen)
 - tuloraja, ks. sivu 4

HAKIJA	Sukunimi ja etunimet (alleiviivata kutsumanimi)	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
	Postinumero ja -toimipaikka	
	Huoltaja/lailisen edustajan tiedot	
VAMMA TAI SAIRAUUS		
APUVÄLINEET JA KOMMUNIKOINTI	Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> Ei apuvälinettä <input type="checkbox"/> Keppi <input type="checkbox"/> Kyynärsauvat <input type="checkbox"/> Rollaattori/kävelyteline – taittuuko apuväline <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (kokoontaitettava) <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (ei taittuva) – pystyttekö kelaamaan itse <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli <input type="checkbox"/> Sähkömopo <input type="checkbox"/> Valkoinen keppi <input type="checkbox"/> Happirikastin <input type="checkbox"/> Opaskoira <input type="checkbox"/> Muu, mikä? Onko jotain erityistä huomioitavaa kommunikointinne liittyen? Käytössä voi olla myös kommunikoinnin apuvälineitä. <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä	

SOTAINVALIDI	<input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä Haitta-aste ____ %
ASUMISTA JA LIKKUMISTA KOSKEVAT TIEDOT	Asutteko asuntolassa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, missä
	Asutteko palvelutalossa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, missä
	Oletteko pysyvässä laitoshoidossa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, missä
	Säännöllinen kotihoito Omaishoidontuki yli 65 v <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
	Jos asutte kerrostalossa, monennessako kerroksessa asutte? _____ Onko talossanne hissi? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Miten pääsette raput ylös/alas? <input type="checkbox"/> Itse <input type="checkbox"/> Avustettuna <input type="checkbox"/> En lainkaan
	Minkälaisia vaikeuksia Teillä on liikkumisessa kodin ulkopuolella?
	Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään ulkona vaikeuksitta? _____ metriä
	Kuinka pitkä matka asunnostanne on linja-autopysäkille? _____ metriä
	JULKISTEN LIIKENNE- VÄLINEIDEN KÄYTTÖ
	Voitteko käyttää Rauman kaupungin alueella liikennöivää palvelubussia? <input type="checkbox"/> En lainkaan <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Joskus, milloin

KULJETUS- PALVELU, JOTA HAETAAN	Kuinka monta yhdensuuntaista asioimis- ja vapaa-ajan matkaa haette kuukaudessa? (meno+paluu = 2 yhdensuuntaista matkaa) Tarvitsetteko matkalla saattajan <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	Matkaa _____
	Mitä kulkuneuvoa / kulkuneuvoja voitte käyttää kuljetuspalvelumatkoillanne vamman tai sairauden vuoksi? <input type="checkbox"/> Ulataksi <input type="checkbox"/> Invataksi <input type="checkbox"/> muu, mikä	
TYÖMATKAT	Ammatti	
	Työnantaja	
	Työpaikan osoite	
	Matkojen lukumäärä / kk	
OPISKELU- MATKAT	Oppilaitos	
	Oppilaitoksen osoite	
	Matkojen lukumäärä / kk	
KULJETTAJALLE VAPAA- EHTOISESTI ANNETTAVAT TIEDOT	Onko asioita, jotka haluatte kuljettajan saavan tietää esimerkiksi vammaan, avuntarpeeseen tai apuvälineiden käyttämiseen liittyen, jotta kuljetus onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla? Tieto henkilön terveydentilasta tai vammaisuudesta on salassa pidettävää tietoa. Suostun tähän kirjaamieni tietojen luovuttamiseen. <input type="checkbox"/> suostun <input type="checkbox"/> en suostu	

HUOM! Ilmoitetaan vain SOSIAALIHUOLTOLAIN mukaista kuljetuspalvelua haettaessa TULORAJAT: yksinasuvan bruttotulot enintään 1 200 €/kk, puolison kanssa asuvan yhteenlaskettu bruttotuloraja 1 800 €/kk			
BRUTTO-TULOT/KK	TULOT	HAKIJA	PUOLISO
	Kansaneläke		
	Työeläke		
	Muu eläke		
	Palkkatulo		
	Päivärahat		
	Omaishoidontuki		
	Muut tulot		
	Talletusten määrä ja korko		
	Muut tulot omaisuudesta		
	TULOT YHTEENSÄ		
SUOSTUMUS	Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu		
HAKIJAN TAI MUUN LAILLISEN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	Allekirjoittamalla hakemuksen suostun siihen, että haetun palvelun järjestämiseksi välttämättömät tiedot annetaan palvelun tuottajalle (taksiryttäjälle) kuljetuspalveluohjelmaan. Näitä tietoja ovat henkilötiedot, saattajatie, invataksioikeus, myönnettyt matkat ja päätöksen voimassaolo.		
	Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi		
	Paikka ja aika / 20		
	Allekirjoitus ja nimen selvennys		

Rauman kaupungin Sosiaali- ja terveysvirasto rekisterinpitäjänä tallentaa henkilötietojanne vammaispalvelun asiakasrekisteriin ja kuljetuspalvelun MobiRouter – ohjelmaan.

LIITTEET:

Lääkärintodistus, mikäli sitä ei ole aikaisemmin toimitettu

LOMAKE PALAUTETAAN

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