

**HAKEMUS
VAMMAISPALVELULAIN MUKAINEN
KULJETUSPALVELU**



Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu on tarkoitettu vaikeavammaiselle henkilölle, jolla on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja jolle vamman tai sairauden vuoksi julkisten liikennevälineiden käyttö tuottaa kohtuuttoman suuria vaikeuksia.

OLKAA HYVÄ JA VASTATKAA KAIKKIIN KYSYMYKSIIN!

PUUTTEELLISESTI TÄYTETTY HAKEMUS PALAUTETAAN
ASIAKKAALLE TÄYDENNETTÄVÄKSI

HAKEMUS

<input type="checkbox"/> Asiointi- ja virkistysmatkat	<input type="checkbox"/> Opiskelumatkat	<input type="checkbox"/> Taksilla
<input type="checkbox"/> Työmatkat	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?	<input type="checkbox"/> Invataksilla

HAKIJA

Sukunimi	Etunimet				
Lähiosoite	Postinro ja – toimipaikka				
Henkilötunnus	Puhelin				
Sähköposti					
Hakijan kanssa samassa taloudessa asuvat					
<input type="checkbox"/> puoliso	<input type="checkbox"/> lapsi / lapset	<input type="checkbox"/> muu omainen	<input type="checkbox"/> muu henkilö		
Asuntotyyppi	<input type="checkbox"/> kerrostalo	<input type="checkbox"/> okt	<input type="checkbox"/> rivitalo	<input type="checkbox"/> palvelutalo	<input type="checkbox"/> muu asumisyksikkö
Kerrostalo	. kerros	Onko talossa hissiä?	<input type="checkbox"/> On	<input type="checkbox"/> Ei	
Yhteyshenkilön nimi ja puhelinnumero (lähiomainen / huoltaja / edunvalvoja)					

TILANNE

Diagnoosi (vamman / sairaus) joka tällä hetkellä vaikeuttaa liikkumista?
Vamman tai sairauden aiheuttamat haitat liikkumisessa? Mikäli julkisten kulkuneuvojen käyttö ei onnistu, miksi ei?

Käytössänne olevat liikkumisen apuvälineet

ei apuvälineitä	<input type="checkbox"/>				
keppi	<input type="checkbox"/>	sisällä	<input type="checkbox"/>	ulkona	rollaattori
valkoinen keppi	<input type="checkbox"/>	sisällä	<input type="checkbox"/>	ulkona	pyörätuoli
kyynärsauva	<input type="checkbox"/>	sisällä	<input type="checkbox"/>	ulkona	sähköpyörätuoli
2 kyynärsauvaa	<input type="checkbox"/>	sisällä	<input type="checkbox"/>	ulkona	saattaja
hengitysapuvälineet	<input type="checkbox"/>	sisällä	<input type="checkbox"/>	ulkona	kävelysauvat
opaskoira	<input type="checkbox"/>	sisällä	<input type="checkbox"/>	ulkona	muu, mikä?

Muut palvelut ja tuet?

TOIMINTAKYKY JA ASIOINNIIT

Miten hoidatte tällä hetkellä asiointimatkanne?

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään? metriä

Kuinka usein matkalla täytyy pysähtyä? kertaa

Kuinka monta porrasta pystytte kulkemaan? n. porrasta

Kuinka usein käytätte linja-autoa?

- päivittäin
 viikoittain
 harvemmin
 en käytä linja-autoa. Miksi?

kykenen käyttämään linja-autoa saattajan kanssa

Millä kadulla pysäkki on? Matka läh. pysäkillä m

Onko perheessänne auto ei omassa käytössä perheenjäsenellä

Oletteko saaneet autoveronpalautusta tai muuta avustusta auton hankintaan?

- kyllä, mitä?
 ei

Oletteko kulkeneet palveluliikenteen autolla, mikäli kunnassa on järjestetty palveluliikenne?

- kyllä
 en, miksi?

Missä yleensä asioitte?

Miten selviydte asioinneista (esim. kaupassa, postissa, pankissa)?

- itsenäisesti, ei vaikeuksia
 tarvitsen apua, mitä?
 en asioi itse

TYÖ- JA OPISKELUMATKAT (jos haette, täyttäkää tämä kohta myös)

Työnantaja / oppilaitos
Työpaikan / oppilaitoksen osoite
Tarvittavien yhdensuuntaisten matkojen lukumäärä/kk
Työn / opiskelun alkamis- ja päättymispäivä

HAKEMUKSEEN LIITETTÄVÄT TERVEYSTIEDOT JA MUUT LIITTEET

Hakemukseen tarvitaan liitteeksi **nykyistä liikkumista** koskevaa toimintakykyä kuvaavat terveystiedot; lääkärinlausunto, käyntikertomus, potilaskertomus, epikriisi tms.

Päijät-Hämeen keskussairaalan ja terveystieteiden potilastiedot ovat marraskuusta 2014 lukien tallennettuna Oma Kantaan, jonne pääsette omilla pankkitunnuksillanne, ja josta voitte tulostaa ne hakemuksen liitteeksi.

Mikäli nykyistä toimintakykyänne kuvaavia terveystietoja ei ole, olkaa yhteydessä oman kuntanne terveydenhuoltoon.

Mikäli haette kuljetuspalvelua työ- tai opiskelumatkoihin, on liitteenä oltava todistus työstä / opiskelusta.

terveystiedot

toimitettu aiemmin liitteenä toimitetaan myöhemmin

muita liitteitä; mitä?

Asiakkaalla on oikeus tarkastaa itseään koskevat rekisteritiedot.

Suostun tietojen hankkimiseen / tarkastamiseen muilta viranomaisilta

ALLEKIRJOITUS

Vakuutan, että edellä antamani tiedot ovat totuudenmukaiset

_____ / _____ 20 _____

Paikka ja aika Allekirjoitus

Hakijan puolesta hakemuksen täyttänyt avustanut täyttämässä:

Nimi, yhteystiedot (ja virka-asema)

Lisätietoja

HAKEMUSTEN PALAUTUS KUNNITTAIN / Vammaispalveluiden toimipisteiden yhteystiedot

LAHTI
Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymä
Vammaispalvelut
Aleksanterinkatu 18 A
15140 Lahti

LAHDEN NASTOLAN ALUE, IITTI
Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymä
Nastolan sosiaalitoimisto / Vammaispalvelut
Kukkastie 31
15560 Nastola

ORIMATTILA, PUKKILA, MYRSKYLÄ
Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymä
Orimattilan sosiaalitoimisto / Vammaispalvelut
Pappilantie 2
16300 Orimattila

HOLLOLA, KÄRKÖLÄ
Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymä
Hollolan sosiaalitoimisto / Vammaispalvelut
Virastotie 3
15870 Hollola

ASIKKALA, PADASJOKI, HARTOLA
Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymä
Asikkalan sosiaalitoimisto / Vammaispalvelut
Terveystie 1 A
17200 Vääksy

Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymä
vaihe p. (03) 819 11