

VAMMAISPALVELUHAKEMUS		Hakemus saapunut
HAKIJAN HENKILÖTIEDOT	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Jakeluosoite	Ammatti
	Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
	Vakinainen asuinkunta	Sähköpostiosoite
	<input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio-/avoliitto <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut	Perheen jäsenten lukumäärä
	Pankki ja tilinro	

VAMMAISPALVELU- LAIN NOJALLA HAETTAVAT PALVELUT	ERITYISEN JÄRJESTÄMISVELVOLLISUUDEN PIIRIIN KUULUVAT PALVELUT
	<input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt <input type="checkbox"/> Asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu <input type="checkbox"/> Palveluasuminen <input type="checkbox"/> Päivätoiminta
	MÄÄRÄRAHASIDONNAISET PALVELUT JA TUKITOIMET
	<input type="checkbox"/> Päivittäisistä toimista suoriutumiseksi tarvittavat välineet/koneet/laitteet <input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus (AAC-ohjaus, autismiohjaus, nepsy-valmennus) <input type="checkbox"/> Ylimääräiset vaatekustannukset <input type="checkbox"/> Ylimääräiset erityisravintokustannukset (Vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua haetaan eri lomakkeella)
	Miten palvelu auttaa arkeani?

VAMMAAN TAI SAIRAUTEEN LIITTYVÄT TIEDOT	Vamma tai sairaus (missä ja milloin aiheutunut):
--	--

NYKYISET PALVELUT	<p>Mitä seuraavista palveluista saatte tällä hetkellä?</p> <p><input type="checkbox"/> Kotihoito / kotisairaanhoido Mitä ja kuinka usein _____</p> <p><input type="checkbox"/> Muu apu (esimerkiksi omaiset, ystävät, tukihenkilö) Mikä _____</p> <p><input type="checkbox"/> Omaishoidon tuki</p>
--------------------------	--

HENKILÖKOHTAISTA APUA HAKEVA TÄYTTÄÄ	<p>Henkilökohtaiseksi avustajaksi ehdotetun yhteystiedot:</p> <p>_____</p> <p>Sukunimi ja etunimi</p> <p>_____</p> <p>Ammatti</p> <p>_____</p> <p>Sukulaisuussuhde hakijaan (Huomioithan, että lähiomainen ei voi toimia avustajana.)</p> <p>Tarvitsen henkilökohtaista apua:</p> <p><input type="checkbox"/> Päivittäisissä toimissa, missä:</p> <p><input type="checkbox"/> Harrastuksiin / virkistykseen</p> <p><input type="checkbox"/> Yhteiskunnalliseen osallistumiseen</p> <p><input type="checkbox"/> Sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämiseen</p> <p><input type="checkbox"/> Työhön tai opiskeluun (ammattiin/tutkintoon johtava opiskelu)</p> <p><input type="checkbox"/> Muuhun, mihin:</p> <p>Toivon saavani apua _____ tuntia/viikko</p>
---	--

HAKEMUKSEEN LIITTYVÄT LISÄTIEDOT	<p>Sotilasvamma-, tapaturma- ja liikennevakuutuskorvaus</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Työkyvyttömyysaste %</td> <td style="width: 25%;">Vakuutusyhtiö</td> <td style="width: 25%;">Vahinkonumero</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Saatteko KELA:n maksamaa vammais- tai hoitotukea?</td> </tr> </table>	Työkyvyttömyysaste %	Vakuutusyhtiö	Vahinkonumero	Saatteko KELA:n maksamaa vammais- tai hoitotukea?		
Työkyvyttömyysaste %	Vakuutusyhtiö	Vahinkonumero					
Saatteko KELA:n maksamaa vammais- tai hoitotukea?							

PALVELU-SUUNNITELMA	<p>Vammaispalvelulain mukaan vammaisen henkilön tarvitsemien palveluiden ja tukitoimien sevittämiseksi on laadittava palvelusuunnitelma.</p> <p><input type="checkbox"/> Haluan, että minulle laaditaan _____ Palvelusuunnitelma tehty viimeksi _____ palvelusuunnitelma</p> <p><input type="checkbox"/> En halua palvelusuunnitelmaa v. _____ Kenen toimesta?</p>
----------------------------	--

SUOSTUMUS	<p>Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun asian käsittelyssä tarpeellisten tietojen antamiseen/hankintaan muilta sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilta:</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, § 14-20)</p>
------------------	---

Asiakastietonne rekisteröidään Loimaan kaupungin Pro Consona -asiakastietojärjestelmään

LIITTEET	<p><input type="checkbox"/> Lääkärintlausunto</p> <p><input type="checkbox"/> Fysioterapeutin lausunto</p> <p><input type="checkbox"/> Kustannusarvio</p> <p><input type="checkbox"/> Muu, mikä?</p>
-----------------	--

ALLEKIRJOITUS hakijan tai edunvalvojan	<p>Paikka ja päiväys</p> <p>_____</p>	<p>Allekirjoitus</p> <p>_____</p> <p>Nimenselvennys</p> <p>_____</p>
Yhteyshenkilö ja puhelinnumero (jos ei hakija)		

Hakemus palautetaan osoitteeseen:

Loimaan kaupunki
 Sosiaalipalvelukeskus
 Vammaispalvelut
 Vareliuksenkatu 1
 32200 LOIMAA

Hakemuksen saapumisen jälkeen sovitaan kotikäynti, jolloin arvioidaan:

- hakijan toimintakyky suhteessa haettuun palveluun
- miten palvelu auttaa hakijaa selviytymään päivittäisistä toimista
- mahdolliset muut palvelujen/tukitoimien tarpeet

Päätöksenteon yhteydessä hakemustanne käsitellään vammaispalvelujen tiimissä, johon kuuluvat sosiaaliohjaaja, johtava ohjaaja sekä sosiaalityön johtaja