



Käsittelijä täyttää	Saapunut ____/____ 20 ____ Päätös ____/____ 20 ____ Ajalle ____/____ 20 ____ - ____/____ 20 ____	Kotikäynti ____/____ 20 ____ Matkamäärä _____	
Hakijan tiedot	Etu- ja sukunimi		Henkilötunnus
	Osoite		
	Postinumero ja -toimipaikka	Tilanteessani ei ole tapahtunut muutosta edellisen hakemukseni jälkeen, vaan samat perustelut palvelujen hakemiselle ovat voimassa <input type="radio"/>	
	Puhelin	Matkapuhelin	
	Mihin aikaan olette parhaiten tavoitettavissa?	Sähköpostiosoite	
	Siviilisääty <input type="radio"/> naimaton <input type="radio"/> avo-/avioliitto <input type="radio"/> leski <input type="radio"/> eronnut		
	Puolison nimi		Henkilötunnus
	Samassa taloudessa asuvien syntymävuodet		
	Oletteko aiemmin saanut kuljetuspalvelua sosiaalihuoltolain mukaan? <input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei vammaispalvelulain mukaan? <input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei		
Haettava palvelu	Kuljetuspalvelu, jota haetaan <input type="radio"/> Työmatkat <input type="radio"/> Opiskelumatkat <input type="radio"/> Asioimis- ja vapaa-ajan matkat		
	Perheessämme on auto <input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei		
	Kuljettajana toimii <input type="radio"/> Itse <input type="radio"/> Puoliso <input type="radio"/> Joku muu, kuka		
	Oletteko saaneet julkista tukea auton hankintaan? <input type="radio"/> Autoveronpalautus _____ vuonna _____		<input type="radio"/> Vammaispalvelulain mukainen autoavustus _____ vuonna _____
	Autoon saatu julkinen taloudellinen tuki yleensä vähentää kuljetuspalveluna myönnettävien matkojen määrää.		
	Kuinka montaa matkaa haette? _____		yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa tai _____ yhdensuuntaista matkaa vuodessa
Missä sijaitsevat asiointikohteenne ja kuinka useasti asiointitarpeenne sinne ilmenee?			

Apuvälineet, joita käytätte säännöllisesti liikkuessanne?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Pyörätuoli (kokoontaittuva) | <input type="radio"/> Pyörätuoli (Ei kokoontaittuva) |
| <input type="radio"/> Sähköpyörätuoli | <input type="radio"/> Sähkömopo |
| <input type="radio"/> Rollaattori (kokoontaittuva) | <input type="radio"/> Rollaattori (Ei kokoontaittuva) |
| <input type="radio"/> Kävelyteline | <input type="radio"/> Kynärsauvat |
| <input type="radio"/> Happirikastin/ hengityslaite | <input type="radio"/> Keppi |
| <input type="radio"/> Muu, mikä? | |

Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään ulkona apuvälineiden avulla?

Kesällä metriä Talvella metriä

Näkövammaisen henkilö täyttää:

Puuttuuko Teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä? Kyllä Ei

Oletteko saanut näkövammasta johtuen liikkuemistaidon ohjausta? Kyllä Ei

Onko Teillä erityisiä vaikeuksia kommunikoinnissa tai puheen tuottamisessa?

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="radio"/> Kyllä | <input type="radio"/> Ei |
| <input type="radio"/> Ei puhetta | |
| <input type="radio"/> Epäselvää puhetta | |
| <input type="radio"/> Viittomat | |
| <input type="radio"/> Kommunikoinnin apuväline, mikä? | <input type="text"/> |

Avustavan henkilön apu tarpeellinen?

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="radio"/> Ei | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Kyllä, mitä apua? | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Toisinaan | |

Kuka toimii yleensä avustajana?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hankin avustajan itse | <input type="radio"/> Tarvitsen apua saattajan hankkimisessa |
|---|--|

Voitteko vammastanne/ sairaudestanne huolimatta asioida saattajan avulla ilman kuljetuspalveluja?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Kyllä | <input type="radio"/> Ei |
|-----------------------------|--------------------------|

Voitteko käyttää julkisia kulkuneuvoja saattajan avulla?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Kyllä | <input type="radio"/> Ei |
|-----------------------------|--------------------------|

Voitteko käyttää?

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Linja-autoa | <input type="radio"/> Taksia | <input type="radio"/> Muu, mitä? |
| <input type="radio"/> Palveluliikennettä | <input type="radio"/> Invataksia | |

Mitä erityistarpeita Teillä on vammanne/ sairautenne vuoksi auton koossa tai varustelussa?

Onko Teillä jokin terveydentilaanne liittyvä tekijä, jonka vuoksi ette voi matkustaa yhdessä toisen henkilön kanssa?

Ei Kyllä, mikä?

Muut käytössä jo olevat kuljetukset (Omavastuu linja-autotaksa)

Päiväkeskuskuljetus Kyllä Ei Kuinka usein/ kk

Asiointi/ kutsutaksi Kyllä Ei Kuinka usein/ kk

Elinolosuhteita koskevat tiedot

Asuntonne on Kerrostalossa _____ kerros
 Rivitalossa
 Omakotitalossa

Onko talossanne hissi? Kyllä Ei

Asunnon sijainti palvelujen ja liikenneyhteyksien kannalta?

Matka bussipysäkille _____ metriä Matka lähikauppaan _____ metriä

Miten liikutte sisällä asunnossanne?

Miten selviydytte portaissa?

Miten selviydytte ulkona?

Työmatkoja hakeva täyttää	<input type="radio"/> Toisen palveluksessa <input type="radio"/> Itsenäinen ammatinharjoittaja	
	Työnantaja	
	Työpaikan osoite	
	Työpäivien lukumäärä kuukaudessa	Päivittäinen työaika
Saatteko avustusta työmatkoihinne muualta, mistä?		Matkareitti:

Opiskelumatkoja hakeva täyttää	Oppilaitoksen nimi		
	Oppilaitoksen osoite		
	Opintojen alkamispäivä	Opintojen päättymispäivä	Opiskelupäivien lukumäärä kuukaudessa
	Saatteko avustusta opiskelumatkoihinne muualta, mistä?		
	Jos opiskelutilat vaihtuvat päivän aikana, tarvitsetteko niihin kuljetuspalveluja? <input type="radio"/> kyllä <input type="radio"/> ei		
Matkareitti:			

Suostumus	
Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. <input type="radio"/> Kyllä suostun <input type="radio"/> Ei, en suostu	
Liitteet	<input type="radio"/> Mahdollinen lääkärintodistus tai kuntoutussuunnitelma tai joku muu palvelun kannalta olennainen asiantuntijan lausunto, mikäli vamman laatu haettavaan palveluun nähden ei tule hakemuksessa selkeästi esille
	<input type="radio"/> Työnantajan todistus työsuhteesta ja sen jatkumisesta, mikäli anotte työmatkoja
	<input type="radio"/> Oppilaitoksen todistus, mikäli anotte opiskelumatkoja
	<input type="radio"/> Palvelusuunnitelma <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<input type="radio"/> Muu, mikä <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

Palvelun tai tuki-toimen myöntäminen perustuu aina vammaispalvelun sosiaalityöntekijän kirjalliseen päätökseen. Asiakstietonne rekisteröidään Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimen vammaishuollon asiakastietojärjestelmään. Hakemuslomakkeessa olevia palvelun hakemisen kannalta olennaisia tietoja käytetään ja tallennetaan päätöksessä palvelun myöntämiseksi tai kieltämiseksi. Asiakirjaan tehdään merkintä, mikäli päätöksen tekemiseksi tietoja hankitaan muualta tai tietoja annetaan muualle Asiakaslain 16-22 tai 27§ nojalla.

Allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus ja nimenselvennys	Yhteyshenkilö/ lomakkeen täyttämässä avustanut henkilö
----------------------	----------------------	---------------------------------	--

Yhteystiedot

Seutu 1	Kajaani	Maarit Rautiainen Osmonkatu 3 PL 400, 87070 Kainuu Puh. (08) 6156 7742 tai 044 7101 742 maarit.rautiainen@kainuu.fi puhelinaika ma-pe klo 9-10	87100 Kajaani
	Kajaani, Paltamo, Ristijärvi Vuolijoki	Ulla Juntunen Osmonkatu 3 PL 400, 87070 Kainuu Puh. (08) 6156 7721 tai 044 7101 721 ulla.juntunen@kainuu.fi puhelinaika ma- to klo 9-10	87100 Kajaani
Seutu 2	Kuhmo	Tarja Pääkkönen Kainuuntie 89 Puh.(08) 6156 5694 tai 044 7970 341 tarja.paakkonen@kainuu.fi puhelinaika ma-pe klo 8.15-8.45	88900 Kuhmo
	Sotkamo	Sirpa Malinen Keskuskatu 9 Puh.(08) 6156 5067 tai 044 7970 601 sirpa.malinen@kainuu.fi puhelinaika ma-pe klo 8-9	88600 Sotkamo
Seutu 3	Puolanka Suomussalmi Hyrynsalmi	Eija Suorsa Ouluntie 13 Puh. 0400 197 235 eija.suorsa@kainuu.fi puhelinaika ma-pe klo 10-11 puh 0400 197 235	89200 Puolanka
Yhteiset palvelut/ keskitetyt vammaispalvelut		Ritva Kaikkonen Pölyvaarantie 3 Puh.(08) 6156 2935 tai 044 7156 935 ritva.kaikkonen@kainuu.fi	87250 Kajaani
Vammaisten asumispalvelujen ostot		Marja Malin Pölyvaarantie 3 Puh. (08) 6156 2922 tai 044 7156 922 marja.malin@kainuu.fi	87250 Kajaani

Tulosta

Tyhjennä

HAKEMUKSEN TÄYTTÖOHJE

Täyttäkää lomake mahdollisimman huolellisesti, jotta siitä ilmenee riittävän selkeästi hakemanne vammaispalvelulain mukainen palvelu sekä vamman kannalta ilmenevät perusteet hakemallenne palvelulle.

Hakijan tiedot yhteystietoineen täytyy olla selvästi merkittyinä, jotta epäselvyyksissä sosiaalityöntekijä voi ottaa yhteyttä ja pyytää mahdollisia lisäselvityksiä tai sopia mahdollista kotikäynti-aikaa. Hakemuksen tulee olla allekirjoitettuna.

Mahdolliset liitteet on hyvä laittaa heti hakemuksen yhteyteen, jotta asian käsittely nopeutuu. Mikäli liite tulee jälkikäteen, tästä on hyvä mainita kohdassa "Liitteet" ja tarkentaa, mistä liitteestä on kyse. Sosiaalityöntekijä tekee päätöksen, kun hänellä on riittävät tiedot käytössään päätöksen tekemiseksi.

Mikäli haette palveluja uudestaan entisten tietojenne pohjalta ja olette rastittanut kohdan "Tilanteessani ei ole tapahtunut muutosta edellisen hakemukseni jälkeen", niin lomaketta ei tarvitse täyttää muuten kuin rastittamalla haettava palvelu ja allekirjoittamalla lomake.

Mikäli Teillä on vaikeuksia täyttää hakemusta, ottakaa yhteyttä seutunne vammaispalvelun sosiaalityöntekijään.