

KULJETUSPALVELUHAKEMUS

HAETTAVA KULJETUSPALVELU

PALVELULINJA ONNIKKA

Palvelulinja Onnikalla järjestettävät kuljetuspalvelut ovat osa julkista joukkoliikennettä ja sen kalusto vastaa erityisesti vanhusten ja vammaisten tarpeita.

VAIKEAVAMMAISTEN KULJETUSPALVELUT

Palvelua voi saada vaikeavammaisen henkilö, jolla on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei voi vammansa tai sairautensa vuoksi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Hakemukseen on liitettävä lääkärinlausunto, josta ilmenee liikkumista vaikeuttavat vammat ja/tai sairaudet.

1. HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero ja -toimipaikka
Ammatti	Puh.
Samassa taloudessa asuvien lukumäärä	

2. YKSILÖLLISEN KULJETUSPALVELUN TARVE (Täytetään haettaessa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalveluita.)

<input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistysmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa
<input type="checkbox"/> Työmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa
Työpaikka ja työaika (päivittäinen / viikottainen työaika):
<input type="checkbox"/> Opiskelumatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa
Opiskelupaikka, opiskeluala ja opiskelu-aika:
Minä aikana vuodesta voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua (kuukaudet)? <input type="checkbox"/> En koskaan

3. VAMMAAN TAI SAIRAUTEEN LIITTYVÄT TIEDOT

Kuvaillkaa liikkumisessa ja asioimisessa esiintyviä ongelmia

Liikkumisessa tarvittavat apuvälineet

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä | <input type="checkbox"/> Keppi | <input type="checkbox"/> Valkoinen keppi |
| <input type="checkbox"/> Kyynärsauvat | <input type="checkbox"/> Happirikastin | |
| <input type="checkbox"/> Rollaattori / Kävelyteline | <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (kiinnitettävä) | |
| <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (kokoon taittuva) | <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli (kiinnitettävä) | |

Muu, mikä:

4. LIIKKUMINEN

1. Kykenettekö käyttämään julkista joukkoliikennettä? Kyllä Ei

Miksi ei?

2. Kuinka pitkä matka Teillä on lähimmälle linja-autopysäkille? _____

3. Onko perheessänne auto? Kyllä Ei

4. Onko teille myönnetty autoveronpalautusta tai muuta avustusta auton hankintaan? Mitä? Kyllä Ei

5. SAATTAJAN TARVE

Tarvitsetteko saattajaa käyttäessänne kuljetuspalveluja?

En tarvitse Kyllä, mutta vain autoon nousemisessa ja poistumisessa.

Kyllä, minut on noudettava asunnostani. Miksi?

Kyllä, koko matkan ajan. Miksi?

Kykenettekö käyttämään julkista joukkoliikennettä toisen henkilön avustuksella?

Kyllä

En. Miksi en?

Onko tiedossanne henkilöä, joka voi toimia saattajana? Kyllä Ei

Ketkä ovat tähän mennessä saattaneet teitä ja riittääkö heiltä saatu apu?

6. MUUT PALVELUT

Mitä seuraavista palveluista saatte tällä hetkellä:

- Kotihoito Omaishoidontuki
 Muu apu, mikä?

7. ASUMINEN

- Kerrostalossa/luhtitalossa Rivitalossa Omakotitalossa
_____ kerroksessa Muussa, missä? _____

Onko talossanne riittävän tilava hissi? Kyllä Ei

Muuta huomioitavaa (esim. portaat, hissittömyys, liuskan puute ym.)

8. LISÄTIEDOT / MUUTA ERITYISTÄ HUOMIOITAVAA KULJETUKSEN JÄRJESTÄMISESSÄ

(esim. hidas liikkuminen, vaikea näkö-, kuulo- tai puhevamma ym.)

9. HAKEMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ AVUSTANUT HENKIÖ

Nimi

Virka-asema tai sukulaissuhde

Puhelinnumero

10. SUOSTUMUS

- Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus