



## VAMMAAN TAI SAIRAUTEEN LIITTYVÄT TIEDOT

Vamma tai sairaus (missä ja milloin aiheutunut):

## AVUN TARVE

### Liikkuminen

- ilman apua / apuvälineitä     keppi / kepit     kyynärsauvat     pyörätuoli  
 rollaattori / kävelyteline     tarvitsen toisen henkilön apua

muu, mikä: \_\_\_\_\_

Tarvitsen apua seuraavissa toimissa (valitse oikea vaihtoehto)

1 = selviydyn omatoimisesti, 2 = tarvitsen apua jonkin verran, 3 = tarvitsen apua erittäin paljon

- | 1                        | 2                        | 3                        |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aamutoimet / vuoteesta nouseminen / peseminen / pukeminen                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Iltatoimet / riisuminen / peseminen / vuoteeseen siirtyminen                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | WC-käynnit  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peseytyminen  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ruoanvalmistus  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Syöminen  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lääkkeiden otto ja annostelu  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kaupassa käynti   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lasten hoito  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Päivittäinen / viikkosiivous  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pyykin pesu / vaatehuolto   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lukuapu ym. (näkövammaiset)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asiointi kodin ulkopuolella   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Työ / opiskelu  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Harrastukset / yhteiskunnallinen osallistuminen / sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jossain muussa, missä: _____  |

## NYKYISET PALVELUT

Mitä seuraavista palveluista saatte tällä hetkellä:

- Omaishoidontuki  
 Kotihoito / Kotisairaanhoido  
mitä ja kuinka usein \_\_\_\_\_

Muu apu, mikä:

## HENKILÖKOHTAISTA APUA HAKEVA TÄYTTÄÄ

Järjestämistapaa valittaessa otetaan huomioon palvelusuunnitelmassa määritelty yksilöllinen tarve ja hakijan oma mielipide. Kunta päättää järjestämistavasta.

Toivon, että henkilökohtainen apu järjestetään

- HENKILÖKOHTAINEN AVUSTAJA - järjestelmällä  PALVELUSETELILLÄ  KUNNAN OMANA TOIMINTANA TAI OSTOPALVELUNA

Henkilökohtaiseksi avustajaksi ehdotetun yhteystiedot:

Sukunimi ja etunimi \_\_\_\_\_

Ammatti \_\_\_\_\_

Sukulaisuussuhde hakijaan \_\_\_\_\_

Tarvitsen henkilökohtaista apua:

- päivittäisissä toimissa, missä? \_\_\_\_\_
- harrastuksiin / virkistykseen
- yhteiskunnalliseen osallistumiseen
- sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämiseen
- muuhun, mihin? \_\_\_\_\_

Toivon saavani apua \_\_\_\_\_ tuntia / viikko

## HAKEMUKSEEN LIITTYVÄT LISÄTIEDOT

(sotilasvamma-, tapaturma- tai liikennevakuutuskorvaus)

| Työkyvyttömyysaste % | Vakuutusyhtiö | Vahinkonumero |
|----------------------|---------------|---------------|
|----------------------|---------------|---------------|

Saatteko KELA:n maksamaa vammais- tai hoitotukea

## ASUMINEN

### Asumismuoto

- yksin                       vanhempien luona     avio / avopuolison kanssa  
 sisarusten kanssa     lasten kanssa             muun henkilön kanssa

Asukkaiden lukumäärä \_\_\_\_\_

### Asuntotyyppi

- omakotitalo     kerrostalo     rivitalo     muu, mikä: \_\_\_\_\_

### Omistussuhde

- omistusasunto     vuokra-asunto            pinta-ala \_\_\_\_\_ huoneluku \_\_\_\_\_  
(esim. 1h+k)

### Varustetaso

- hissi     ei hissiä \_\_\_\_\_ kerros     puulämmitys     keskuslämmitys  
 vesijohto     viemäri     lämmin vesi     WC     suihku     sauna  
 kylpyhuone

## PALVELUSUUNNITELMA

Vammaispalvelulain mukaan vammaisen henkilön tarvitsemien palveluiden ja tukitoimien selvittämiseksi on laadittava palvelusuunnitelma.

Haluan, että minulle laaditaan palvelusuunnitelma.

- Kyllä             Ei

## SUOSTUMUS

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.

- Suostun     En suostu

## LIITTEET

- Lääkärintlausunto \*     Kustannusarvio     Muu, mikä  
\_\_\_\_\_

Päiväys: \_\_\_\_\_ Hakija allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Asiakkaan tulee liittää hakemukseen lääkärinlausunto sekä muut palvelun tukitoimen kannalta olennaiset liitteet. Palvelun ja tukitoimen myöntäminen perustuu aina vammaispalvelun sosiaalityöntekijän kirjalliseen päätökseen.

Hakemus toimitetaan osoitteeseen:

KEMIN KAUPUNKI

Vammaispalvelut

"Vammaispalveluhakemus"

Sauvosaarenkatu 25

94100 KEMI

\* Tarvitaan aina vammaispalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa tai olosuhteiden muuttuessa.