



**SASTAMALAN SEUDUN
SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT
Vammaispalvelut**

HAKEMUS/PALVELUTARVEARVIO

Vammaispalvelut

Kehitysvammahuollon palvelut

Saapumispvm:

Hakemusnro:

1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	
Henkilötunnus	Ammatti
Osoite	Postinumero- ja toimipaikka
Puhelin	Sähköpostiosoite
Kotipaikka väestötietolain mukaan	
Hakemuksen täyttämisesä avustanut henkilö/muu yhteyshenkilö esim. edunvalvoja (nimi ja yhteystiedot)	
Taloudellista tukea haettaessa pankin konttori ja tilinumero IBAN-muodossa	
HUOM! KULJETUSPALVELUA JA OMAISHOIDONTUKEA HAETAAN ERILLISILLÄ LOMAKKEILLA	

2. VAMMAISPALVELULAIN NOJALLA HAETTAVA PALVELU

<input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt <input type="checkbox"/> Asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja (lisäselvitys sivulle 2) <input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet ja laitteet <input type="checkbox"/> Tuki erityisravintokustannuksiin tai vaatekustannuksiin <input type="checkbox"/> Tukihenkilö <input type="checkbox"/> VPL-palveluasuminen <input type="checkbox"/> VPL-päivätoiminta <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____
Arvioidut kustannukset esim. asunnonmuutostöissä (euroa):

3. KEHITYSVAMMAISTEN ERITYISHUOLTOLAIN NOJALLA HAETTAVA PALVELU

<input type="checkbox"/> Asumispalvelu <input type="checkbox"/> Kehitysvammapoliklinikan palvelut <input type="checkbox"/> Koululaisten aamu- ja iltapäivähoito <input type="checkbox"/> Laitoshoito <input type="checkbox"/> Loma-ajan hoito <input type="checkbox"/> Perhehoito <input type="checkbox"/> Tilapäishoito <input type="checkbox"/> Tukihenkilö <input type="checkbox"/> Työ- ja päivätoiminta <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____

Tarvittaessa tarkempi selvitys hakemuksen sisällöstä:

Mihin tarkoitukseen tarvitsette henkilökohtaista apua vammanne tai sairautenne vuoksi?

4. KUVAUS VAMMAN AIHEUTTAMASTA HAITASTA

Vamma/sairaus/diagnoosi
Vamman sairauden aiheuttamat haitat jokapäiväisissä toiminnoissa

(jatkaa tarvittaessa erilliselle liitteelle)
Saatteko muualta palvelua tai korvausta vammanne tai sairauden perusteella?
<input type="checkbox"/> En
<input type="checkbox"/> Kyllä. Mitä ja mistä? _____

Missä asioissa tarvitsette apua vamman tai sairauden vuoksi?

Millä tavalla haettava palvelu auttaisi selviytymistänne jokapäiväisissä toiminnoissa?

5. TOIMINTAKYVYN KUVAUS

Liikkuminen			
<input type="checkbox"/>	Liikuntakykyinen	<input type="checkbox"/>	heikko
<input type="checkbox"/>	Liikuntakyky rajoittunut	<input type="checkbox"/>	sokea
<input type="checkbox"/>	Vuodepotilas	<input type="checkbox"/>	kuuro
Tarvittavat apuvälineet			
<input type="checkbox"/>	Keppi/sauvat	<input type="checkbox"/>	epäselvä
<input type="checkbox"/>	Kävelyteline/rollaattori	<input type="checkbox"/>	ei puhu
<input type="checkbox"/>	Pyörätuoli		
<input type="checkbox"/>	Muu, mikä? _____		
Aistitoiminnot			
Näkö	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> heikko	<input type="checkbox"/> sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> heikko	<input type="checkbox"/> kuuro
Puhe	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> epäselvä	<input type="checkbox"/> ei puhu

Muuta (esim. kommunikointivälineet)? _____

Päivittäiset toiminnot

Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> ohjattava/valvottava	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Syöminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> ohjattava/valvottava	<input type="checkbox"/> täysin autettava
WC-toiminnot	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> ohjattava/valvottava	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> ohjattava/valvottava	<input type="checkbox"/> täysin autettava

Muuta huomioitavaa: _____

Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky (aggressiivisuus, levottomuus, masentuneisuus, muistamattomuus yms.)

6. SUOSTUMUS

Hakemukseni käsittelijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat tarpeen hakemukseni käsittelyssä.

Suostun En suostu

7. ALLEKIRJOITUS

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi:

Sastamalassa / 201_

8. LIITTEET

- Lääkärintodistus*
- Asiantuntijalausunto (esim. fysioterapeutin lausunto)
- Kustannusarvio (esim. asunnonmuutostöissä)

* tarvitaan vammaispalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa tai olosuhteiden/vamman aiheuttaman haitan oleellisesti muututtua

Hakemuksen liitteenä tulee toimittaa kaikki sellaiset lausunnot ja muut todistukset, jotka selventävät terveydentilaanne ja toimintakykyänne.

Hakemus palautetaan osoitteeseen:

Sastamalan kaupunki/Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystyöpalvelut
Vammaispalvelut
Aarnontie 17 B 1, 3. krs
38200 SASTAMALA