



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 täyttämässä avustanut henkilö/muu yhteyshenkilö esim. edunvalvoja (nimi ja yhteystiedot)	
Taloudellista tukea haettaessa pankin konttori ja tilinumero IBAN-muodossa	
<b>HUOM! KULJETUSPALVELUA JA OMAISHOIDONTUKEA HAETAAN ERILLISILLÄ LOMAKKEILLA</b>	

### 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"/> Laitoshoido <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

<b>Liikkuminen</b> <input type="checkbox"/> Liikuntakykyinen <input type="checkbox"/> Liikuntakyky rajoittunut <input type="checkbox"/> Vuodepotilas
---

**Tarvittavat apuvälineet**

- Keppi/sauvat  
 Kävelyteline/rollaattori  
 Pyörätuoli  
 Muu,  
 mikä? \_\_\_\_\_

**Aistitoiminnot**

- Näkö       normaali       heikko       sokea  
 Kuulo       normaali       heikko       kuuro  
 Puhe       normaali       epäselvä       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: \_\_\_\_\_

**Psykinen 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 / 20\_\_

**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 terveystoimi  
Vammaispalvelut  
Aarnontie 17 B 1, 3. krs  
38200 SASTAMALA**