

# Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalveluhakemus

## Asiakkaan perustiedot/Hakijan henkilötiedot/perustiedot Saapunut:

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero
Postinumero	Postitoimipaikka
Kotipaikka väestötietolain mukaan	Sähköpostiosoite
Äidinkieli <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Ruotsi <input type="checkbox"/> Viittomakieli <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Onko sinulla erityisiä vaikeuksia kommunikoinnissa tai puheen tuottamisessa? Pystytkö esimerkiksi kertomaan kuljettajalle tai kuljetustilauksen vastaanottajalle matkan määränpään? <input type="checkbox"/> Ei vaikeuksia <input type="checkbox"/> Epäselvä puhe <input type="checkbox"/> Käytän viittomia <input type="checkbox"/> Jokin muu kommunikoinnin apuväline, mikä?	

## Kuljetuspalvelu, jota haetaan

<b>Matkan tarkoitus</b>	<b>Haen vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin</b> <input type="checkbox"/> <b>Asioimis- ja vapaa-ajan matkat</b> kpl/kk <input type="checkbox"/> <b>Työmatkat</b> kpl/kk <input type="checkbox"/> <b>Opiskelumatkat</b> kpl/kk  <b>Huom! Terveystieteiden ja sairaanhoidon matkat kuuluvat Kelan kautta korvattaviin matkoihin.</b>
-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Vammaisuutta ja sairautta koskevat tiedot

<b>Vamma ja/tai sairaus</b>
<b>Käytätkö apuvälineitä?</b> <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
<b>Apuväline, joka on säännöllisesti mukana liikkuessasi kodin ulkopuolella</b> <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Rollaattori / Kävelyteline <input type="checkbox"/> Kynnärsauvat <input type="checkbox"/> Keppi <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli / sähkömopo <input type="checkbox"/> Happirikastin/hengityslaite <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
<b>Kuinka pitkän matkan metreinä pystyt kävelemään ulkona vaikeuksista?</b> <input type="checkbox"/> Kesällä <input type="checkbox"/> Talvella
<b>Aiheuttaako liikkuminen hengenahdistusta?</b> <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Kesällä <input type="checkbox"/> Talvella <input type="checkbox"/> Ei

## Elinolosuhteita ja liikkumista koskevat tiedot

<b>Tarvitsetko apua asiainnin hoidossa kodin ulkopuolella?</b> <input type="checkbox"/> Kyllä, kuka sinua auttaa? <input type="checkbox"/> En
<b>Miten liikut kotona?</b>
<b>Onko asuntosi</b> <input type="checkbox"/> Kerrostalossa, mones kerros? <b>Onko talossa hissi?</b> <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Rivitalossa <input type="checkbox"/> Pientalossa

**Miten selviydyt portaissa?**

**Miten liikut ulkona?**

**Mitä liikennevälinettä käytät tällä hetkellä asiointi- tai vapaa-ajanmatkoilla?**

- Julkinen liikenne  Palvelulinja  
 Taksi  Invataksi  Oma auto  Sukulaisen/tuttavan auto  
 Voin käyttää julkista liikennettä saattajan kanssa  
 En voi käyttää julkista liikennettä, miksi ei?

**Tarvitsetko taksinkuljettajaa tai toista henkilöä auttamaan lähtö- tai määräpaikassa?**

- Kyllä, aina  En  
 Kyllä toisinaan, millaista apua?

**Onko sinulla jokin sellainen terveydentilaan liittyvä tekijä, jonka vuoksi et voi matkustaa yhdistetyllä kuljetuksella?**

- Ei  Kyllä, mikä?

## Työmatkat

- Toisen palveluksessa  Itsenäinen ammatinharjoittaja

**Työnantaja:**

**Työpaikan osoite:**

**Työpäivien määrä kuukaudessa:**

**Päivittäinen työaika:**

**Saatko avustusta työmatkoihin muualta, mistä?**

**Huom! Työmatkoja haettaessa hakemukseen on liitettävä todistus voimassa olevasta työsuhteesta.**

## Opiskelumatkat

Oppilaitoksen nimi:

Oppilaitoksen osoite:

*Jos opiskelupaikkoja on yhtä aikaa useita tai opiskelutilat vaihtuvat päivän aikana siten, että siirtymisiin tarvitaan kuljetuspalveluja, kerro asiasta tarkemmin kohdassa lisätiedot.*

Opintojen alkamispäivä:

Opintojen päättymispäivä:

Opiskelupäivien lukumäärä kuukaudessa:

Saatko avustusta opiskelumatkoihin muualta, mistä?

**Huom!** Opiskelumatkoja haettaessa on hakemukseen liitettävä oppilaitoksen todistusopiskelusta.

## Lisätiedot

Jatka tarvittaessa toiselle paperille.

## Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö

Nimi:

Virka-asema tai sukulaisuussuhde:

Puhelinnumero:

## Suostumus

Annan suostumukseni sille, että hakemustani käsittelevät työntekijät voivat pyytää seuraavilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä:

Omaishoito   
  Kotihoito   
  Ikäihmisten palveluohjaus   
  Fysio-/toimintaterapia

Muu, mikä:

En suostu, toimitan tarvittavat tiedot itse

## Liittet, allekirjoitukset ja suostumukset

<b>Liitteet</b>	<input type="checkbox"/> Lääkärinlausunto tai muu selvitys toimintakyvystä liikkumisen suhteen, mikäli tarvittavia tietoja ei ole jo vammaispalvelujen käytettävissä <input type="checkbox"/> Työnantajan todistus työsuhteesta ja sen jatkumisesta, mikäli haet työmatkoja <input type="checkbox"/> Oppilaitoksen todistus, mikäli haet opiskelumatkoja <input type="checkbox"/> Muut liite, mikä?				
<b>Allekirjoitus ja suostumus</b>	<input type="checkbox"/> Vakuutan täällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi.  <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Paikka ja aika</td> <td style="width: 50%;">Asiakkaan tai asianhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Paikka ja aika	Asiakkaan tai asianhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Paikka ja aika	Asiakkaan tai asianhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys				
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>				
<b>Palautusosoite</b>	<b>Palautusosoite:</b> Vammaisten palvelut, Myllytie 11, 04410 Järvenpää				



## Tietosuoja

Hakemuksen käsittelystä, hakemisesta ja asiakkuudesta muodostuu asiakas- ja potilasrekisteritietoja. Asiakas- ja potilasrekisteritietoja käytetään palvelujen järjestämiseen ja toteuttamiseen. Lisäksi tietoja voidaan käyttää hyvinvointialueen oman toiminnan suunnitteluun ja tilastointitarpeisiin. Asiakas- ja potilasrekisterin tietoja voivat käyttää ainoastaan asiakkaan hoitoon ja palveluihin sekä siihen liittyviin tehtäviin osallistuva Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen henkilökunta. Henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan EU-yleistä tietosuojasetusta (2016/679) sekä muuta voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä. Asiakastiedot tallennetaan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen asiakas- tai potilastietojärjestelmään sosiaalihuollon rekisteriin. Tietosuojaselosteet ja tietosuojaan liittyvät informoinnit ovat nähtävissä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen toimipisteissä. Asiakkaalla on oikeus pyynnöstä tutustua, nähdä, tarkistaa ja oikaista itseään koskevia asiakas- ja potilasrekisteritietoja (EU-tietosuojasetus artikkelit 12, 15, 16, 19). Lisätietoja tietosuojasta/lomakkeet omien oikeuksien toteuttamiseen [Asiakkaalle/Tietosuojat](#)