

**HENKILÖTIEDOT**

Hakijan nimi

Henkilötunnus

Osoite

Puh. josta tavoittaa päivisin

Postinumero ja -toimipaikka

Vakinainen asuinkunta

Ammatti

Sähköpostiosoite

Hakijan vamma tai sairaus

Käytössä olevat apuvälineet

**MITÄ HAETAAN****HAKIJAN PERUSTELUT****ALLEKIRJOITUS JA SUOSTUMUS**

Samalla valtuutan kuljetuspalvelusta päättävän viranomaisen hankkimaan tarvittavat tiedot päätöksentekoa varten, mikäli itse en ole niitä toimittanut.

Päiväys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Yhteyshenkilö

Liitteet: Lääkärintlausunto \_\_\_ muu asiantuntijalausunto \_\_\_ muu liite \_\_\_

Hakemuksen palautus:

Sukunimen mukaan A-L  
Kaarinan kaupunki  
Vammaispalvelut/ Marja-Leena Virkki  
PL 8  
20781 Kaarina

M-Ö  
Kaarinan kaupunki  
Vammaispalvelut/ Teija Riittonen  
PL 8  
20781 Kaarina