

HENKILÖTIEDOT

Hakijan nimi

Henkilötunnus

Osoite

Puh. josta tavoittaa päivisin

Postinumero ja -toimipaikka

Vakinainen asuinkunta

Ammatti

Sähköpostiosoite

HAEN KULJETUSPALVELUA SEURAAVIIN MATKOKIIN

- työmatkat (liitteeksi todistus työnantajalta, selvitys työajoista ja lääkärinlausunto)
- opiskelumatkat (liitteeksi todistus oppilaitoksesta ja lääkärinlausunto)
- VpL:n mukaiset asioimis- ja vapaa-ajan matkat (liitteeksi lääkärinlausunto)
4. Tarvittava kulkuneuvo taksi invataksi

Millaisille matkoille tarvitsette kuljetuspalvelua?

Arvioitu matkojen tarve kuukaudessa

VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma tai sairaus

Käytättekö apuvälineitä ei kyllä, mitä?

Miten vammanne tai sairautenne haittaa liikkumistanne?

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona: kesällä m, talvella m

Miten selviydyste portaista?

Miten kauan jaksatte seistä?

Pystyttekö käyttämään yleisiä kulkuneuvoja: en saattajan kanssa yksin
Miksi ette pysty?

Mitä kulkuneuvoa olette nyt käyttäneet asiointi- ja vapaa-ajan matkoillanne?

Onko perheessänne auto kyllä ei

Oletteko saaneet autoon autoveron palautuksen tullilta tai VpL:n mukaista tukea
 kyllä ei

Pystyttekö ajamaan itse kyllä ei

Olen tällä hetkellä hoidettavana sairaalassa tai vanhainkodissa:

- En ole
- Kyllä, laitoksen nimi _____

- lyhytaikaishoidossa

- pitkäaikaishoidossa

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: Lääkärilausunto ___ työnantajan/oppilaitoksen todistus ___
Muu lausunto/todistus ___

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