

HENKILÖTIEDOT

Hakijan nimi

Henkilötunnus

Osoite

Puhelinnumero

Postinumero ja – toimipaikka

Vakinainen asuinkunta

Ammatti

Lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi ja yhteystiedot

 Asun yksin Asun _____ kanssa**TOIMINTAKYKY****Vamma tai sairaus, käytössä olevat apuvälineet****Miten vamma tai sairaus vaikuttaa jokapäiväisistä toimista selviytymiseesi?****Toisen henkilön antaman avun määrä ja toistuvuus: Kuinka usein ja kuinka paljon tarvitset toisen henkilön apua? Missä asioissa?****AVUSTAJATARPEEN SELVITYS****Haen avustajaa päivittäisiin toimiin kodissani**

(esim. pukeminen, siivous, vaatehuolto, ruuanlaitto...)

Kuvaus avuntarpeesta

Avun tarve yhteensä _____ tuntia/viikko

Haen avustajaa päivittäisiin toimiin kodin ulkopuolella

(esim. asiointi ruokakaupassa, virastoissa, pankissa, lääkärissä...)

Kuvaus avuntarpeesta

Avuntarve yhteensä _____ tuntia/viikko

Haen avustajaa käydäkseni töissä/opiskeluissani

Työnantaja/oppilaitos:

Kuvaus avuntarpeesta työ-/koulumatkoilla ja työ-/kouluaikana:

Avuntarve yhteensä _____ tuntia/viikko

Tarvitsen avustajaa vapaa-aikana

(esim. harrastuksissa, yhteiskunnallisessa osallistumisessa, sosiaalisessa vuorovaikutuksessa...)

Kuvaus avuntarpeesta

Avuntarve yhteensä _____ tuntia/viikko

Mikä on oma näkemyksesi siitä, miten henkilökohtainen apu pitäisi toteuttaa?

Päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Palautus:

Sukunimen mukaan A-L

Kaarinan kaupunki

Vammaispalvelut/ Marja-Leena Virkki

Riittonen

PL 8

20781 Kaarina

M-Ö

Kaarinan kaupunki

Vammaispalvelut/ Teija

PL 8

20781 Kaarina

Kehitysvammaisten hakemukset

Monitoimikeskus Tikli

Sinikka Keinänen

Autoilijankatu 2

20780 Kaarina