

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
----------------------	---------------

Osoite	Puhelin
--------	---------

Vamma ja/tai sairaus

Käytättekö apuvälineitä:

Kyllä Ei Pyörätuoli Kyynärsauvat
 Happirikastin/hengityslaite Keppi
 Muu. mikä _____

Asutteko yksin?	Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa?
Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
	Keneltä saatte apua?
Miten liikutte sisällä asunnossanne?	Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään ulkona vaikeuksista?
	Kesällä _____ m. Talvella _____ m.

Mitä liikennevälineitä käytätte asioimis- ja vapaa-ajanmatkoilla?

Julkiset joukkoliikennevälineet Taksi Invataksi Oma auto
 (linja-auto)

Voitteko käyttää linja-autoa? Kyllä Joskus Ei

Voitteko käyttää linja-autoa saattajan avulla? Kyllä En tarvitse saattajaa Ei

Millaisille matkoille tarvitsette kuljetuspalvelua?

Työmatkat Opiskelumatkat Asioimis- ja vapaa-ajan matkat

Kuinka moneen yhdensuuntaiseen matkaan kuukaudessa haette kuljetuspalvelua?

Lisätiedot

Kirjoittakaa tarvittaessa lisätietoja tähän

Suostumus

Annan hakemustani käsitteleville sosiaalityöntekijöille luvan hankkia asiani käsittelyssä mahdollisesti tarvittavia lisätietoja myös muilta viranomaisilta tai Satakunnan aluetietojärjestelmän kautta terveystieteiden keskuskeskuksesta tai Satakunnan keskussairaalaan.

Suostun En suostu

Allekirjoitus ja päiväys

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

_____ / ____ 20____

Hakemuksen täyttämiseksi avustanut henkilö:

Nimi: _____

Virka-asema tai sukulaisuussuhde: _____

Puhelinnumero _____

Liitteet:

Hakemuksen liitteeksi tarvitaan lääkärintodistus vaikeavammaisuudesta kuljetuspalvelua varten.

Hakemus palautetaan sosiaalikeskukseen:

Osoite: Harjavallan kaupungin sosiaalikeskus

Koulukatu 7

29200 Harjavalta

Sosiaalikeskus on avoinna:

Ma-pe klo 9 – 12 ja 13 – 14