

Mäntsälän kunta
Mustijoen perusturva
Mäntsälä/Pornainen
Heikinkuja 4
04600 Mäntsälä

VAIKEAVAMMAISTEN KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Saapunut ____/____ 20__

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Suku- ja etunimet			
Henkilötunnus		Ammatti	
Koulutus		Perhesuhde <input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avoliitossa	
Väestökirjalain mukainen kotipaikkakunta		Jakeluosoite	
Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin kotiin	Puhelin toimeen

VAMMA TAI SAIRAUUS

Vamma tai sairaus
Missä ja milloin aiheutunut

LIKKUMINEN

Liikkuminen			
<input type="checkbox"/> ilman apua tai apuvälineitä	<input type="checkbox"/> apuvälineiden avulla tai toisten avustamana, tarvittava apuväline	<input type="checkbox"/> keppi/kepit	<input type="checkbox"/> kyynärsauvat
<input type="checkbox"/> rollaattori	<input type="checkbox"/> pyörätuoli	<input type="checkbox"/> muu, mikä	<input type="checkbox"/> liikuntakyvytön
Miten liikutte sisällä asunnossanne		Miten selviydte portaissa	
Miten liikutte ulkona			
Lisätietoja liikkumisesta			

Asioimis- ja vapaa-ajan matkoilla käyttämänne kulkuväline			
<input type="checkbox"/> julkiset kulkuvälineet (bussi ja juna)	<input type="checkbox"/> oma auto	<input type="checkbox"/> taksi	<input type="checkbox"/> invataksi
Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan kanssa	Matkan pituus lähimmälle pysäkille	Onko perheessänne auto	
<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Oletteko saanut auton hankintaan julkista tukea (autoveron palautus, VPL:n mukainen autoavustus, KELAn autoavustus)			
<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei			

Ansiotyö <input type="checkbox"/> toisen palveluksessa <input type="checkbox"/> itsenäinen ammatinharjoittaja		
Työnantaja		
Työpaikan osoite		
Työpäivien lukumäärä viikossa	Päivittäinen työaika	Onko Teillä mahdollisuus suorittaa työmatkanne yhteiskuljetuksena <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Saatteko avustusta työmatkoihinne muualta, mistä		

Opiskelu /Oppilaitoksen nimi			
Oppilaitoksen osoite			
Opintojen alkamispäivämäärä	Opintojen päättymispäivämäärä	Opiskelupäivien lukumäärä viikossa	Onko Teillä mahdollisuus suorittaa opiskelumatkanne <input type="checkbox"/> kyllä yhteiskuljetuksena <input type="checkbox"/> ei
Saatteko avustusta kuljetuksiin muualta, esim. Kansaneläkelaitokselta			

HAEN KULJETUSPALVELUA SEURAAVIIN MATKOKIHN

1. <input type="checkbox"/> Työmatkat
2. <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat
3. <input type="checkbox"/> Asioimis- ja vapaa-ajan matkat
Kuinka monta yhdensuuntaista asioimis- ja vapaa-ajan matkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa?

Mitkä ovat asiointikohteet, joihin tarvitsette kuljetuspalvelua? _____

HAKEMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ AVUSTANUT HENKIÖ

Nimi: _____
Virka-aseman tai sukulaisuussuhde: _____
Puhelinnumero: _____

SUOSTUMUS

Hakemustani käsittelevät työntekijät voivat pyytää kunnan sosiaali- ja terveydenhuollosta sekä muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.

Suostun

En suostu

ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

LIITTEET

- Lääkärintodistus, josta ilmenee kuljetuspalvelun tarve
- Opiskelutodistus, mikäli anotte opiskelumatkoja
- Työnantajan todistus työsuhteesta ja sen jatkumisesta, mikäli anotte työmatkoja
- Muu liite, mikä?

Asiakastiedot tallennetaan Mäntsälän kunnan sosiaalityön Pro Consona -asiakastietojärjestelmään.

PALAUTUSOSOITE: Vammaispalvelut, Heikinkuja 4, 04600 Mäntsälä tai
Pornaisten kunnantoimisto Kirkkotie 176 PL 21, 07170 Pornainen

YHTEYSTIEDOT: vammaispalvelut@mantsala.fi
Toimistos sihteeri puh. 040-3145 723, puhelinaika 9-10
Erytissosiaaliohjaaja puh. 040-3145 798 puhelinaika 9-10