

Hakija	Sukunimi ja etunimet	
	Henkilötunnus	
	Tulkkauksen tarve <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Kieli
	Lähiosoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero	Sähköposti
Haettava palvelu	<input type="checkbox"/> Alle 65-vuotiaiden omaishoidon tuki <input type="checkbox"/> Asunnon muutostyö/esteettömän asumisen tuki <input type="checkbox"/> Autoavustus <input type="checkbox"/> Auton apuvälineet/muutostyöt <input type="checkbox"/> Erityisravintokustannukset <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu <input type="checkbox"/> Liikkumista tukeva palvelu	
	<input type="checkbox"/> Perhehoito <input type="checkbox"/> Päivittäisessä toiminnassa tarvittavat välineet ja laitteet <input type="checkbox"/> Palveluasuminen <input type="checkbox"/> Päivätoiminta <input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus <input type="checkbox"/> Tukisuhdetoiminta <input type="checkbox"/> Ylimääräiset vaatekustannukset <input type="checkbox"/> Muu palvelu, mikä?	
	Perustelut haettavasta palvelusta ja sen tarpeesta	
Kuvaus hakijan tilanteesta ja perustelut haettavalle palvelulle	Terveystila ja diagnoosit	
	Avun tarve ja kuvaus toimintakyvystä ja sitä, millaisia haittoja vamma tai sairaus aiheuttaa jokapäiväisiin toimintoihin. <i>Tähän voit kuvata mm. kommunikointia, yöllistä hoidon tarvetta, liikkumista, asiointia kodin ulkopuolella, ruokailua, pukeutumista, peseytymistä, wc-toimintoja, lääkkeitä, sosiaalisia suhteita, psyykkettä ja käytöstä, muistiin liittyviä asioita</i>	

Käytössä olevat apuvälineet				
Kuvaus palveluista, avusta ja tuesta, joita hakija tällä hetkellä saa	Keskeiset palvelut (Keskeisiä palveluja voivat olla esimerkiksi henkilökohtainen apu tai kotihoito, palveluasuminen, kuntoutus- ja terapiapalvelut)			
Mihin saat apua?	Keneltä tai mistä?	kuinka usein?	jatkuuko avun saaminen?	
			<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
			<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
			<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
			<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
			<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Jos kyseessä on tapaturma tai muu vastaava, josta vakuutusyhtiö korvaa kustannuksia kirjaa tähän tarkemmin millaista				
Kuvaa tarvittaessa, jos avun järjestämisessä ja toteuttamisessa on haasteita ja millaisia.				

Lisätiedot	Tähän voi kirjata esimerkiksi tiedot mahdollisesta edunvalvojasta, omaishoitajasta, vakuutusyhtiöstä tai turvakiellostasta)
Lakiselostus	<p>Palvelutarpeen arviointi on aloitettava seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun vammaisen henkilö taikka hänen laillinen edustajansa tai omaisensa, muu henkilö tai viranomainen on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan hyvinvointialueeseen palvelujen saamiseksi. Vammaisen henkilön tarvitsemien palvelujen ja tukitoimien selvittämiseksi on ilman aiheetonta viivytystä laadittava palvelusuunnitelma.</p> <p>(Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3 a §)</p>
Liiteluettelo	<p>Hakemuksen liitteenä on toimitettu</p> <p><input type="checkbox"/> Alle 6 kk vanha lääkärin lausunto tai muu asiantuntijan kuvaus terveydentilasta</p> <p><input type="checkbox"/> Lääkärin lausunto</p> <p><input type="checkbox"/> Muu, mikä?</p> <p>Toimitan puuttuvat lausunnot hakemuksen liitteeksi _____ mennessä.</p>
Päivämäärä ja allekirjoitus	<p>Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja sitoudun ilmoittamaan niissä tapahtuvista muutoksista sekä suostun tietojeni tarkistamiseen.</p> <p>Sosiaaliviranomainen voi saada veroviranomaiselta ja Kelalta näiden rekisterissä olevia, salassa pidettäviä henkilötietoja asiakkaan suostumuksesta riippumatta maksun määräämistä ja tietojen tarkistamista varten. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 § 20)</p> <p>Päivämäärä _____</p> <p>Hakijan allekirjoitus _____</p>
Hakemuksen laatija <i>Hakemuksen laatijana voi olla työntekijä, henkilön laillinen edustaja, omainen tai muu läheinen.</i>	<p>Nimi _____</p> <p>Puhelinnumero _____</p> <p>Suhde hakijaan _____</p>

Tulosta ja täytä lomake, ja lähetä se postitse osoitteeseen:

Porvoo: Vammaispalvelut Porvoo, Omenamäen palvelukeskus, Tulliportinkatu 4, 06100 Porvoo

Loviisa ja Lapinjärvi: Vammaispalvelut Loviisa, Perusturvakeskus, Öhmaninkatu 4 07900 Loviisa

Sipoo: Vammaispalvelut Sipoo, Nikkilän terveysasema, Jussaksentie 14, 04130 Sipoo

Askola, Pukkila, Myrskylä: Vammaispalvelut Askola, Terveystie 1, 07500 Askola