

Härkätien sosiaali- ja terveystalvelut**VAMMAISPALVELUT**

Kehitysvammaisten erityishuolto

Erityishuolto-ohjelmaan
esitettävät palvelut

Asiakkaan henkilötiedot

Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	
Osoite	Puhelin
Lähiomaisen tai muun yhteys henkilön nimi	Puhelin
Edunvalvojan nimi ja yhteystiedot	Puhelin
<input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun vanhempien/omaisen luona <input type="checkbox"/> Asun asuntolassa	
Diagnoosi kehitysvammaisuudesta ja muut diagnoosit:	
Asiakkaan omat toiveet erityishuolto-ohjelman sisällöstä	
Perustelut	
Vanhempien/edunvalvojan toiveet erityishuolto-ohjelman sisällöstä	
Perustelut	

Härkätien sosiaali- ja terveystalvelut

Allekirjoitukset

Suostun samalla tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta
(Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 § 12–20)

Päivähoito

Koulu

Neuvola

Terveystalvelut

KTO

Muu, mikä?

Päiväys

Allekirjoitus _____

Asiakas, edunvalvoja tai omainen (nimen selvennys)

Mukana olevat liitteet

Lääkärin lausunto kehitysvammaisuudesta

Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelma päivähoito

Muu, mikä?

Lomakkeen palautus

Liedon kunta, vammaispalvelut

PL 24, 21421 LIETO

Lisätietoja antaa

palveluohjaaja, puh 050 571 6962

VAMMAISPALVELUT TÄYTTÄÄ

Lomake saapunut pvm.

Vastaanottajan allekirjoitus