

 LIETO Härkätien sosiaali- ja terveystyöt Vammaispalvelu PL 24 21421	VAMMAI SPALVELUHAKEMUS SAAPUMISPÄIVÄ
---	--

HENKILÖTI EDOT

Hakijan nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	Puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin:
Postinumero ja -toimipaikka:	Vakinainen asuinkunta:
Ammatti:	Sähköpostiosoite:
Siviilisäätö <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio-/Avoliitossa/Rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski	
Samassa taloudessa asuvat henkilöt <input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun seuraavien henkilöiden kanssa (nimi ja syntymävuosi)	
Pankki ja tilinumero	

VAMMAI SPALVELUN NOJALLA HAETTAVA PALVELU

1. <input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet 2. <input type="checkbox"/> Palveluasuminen 3. <input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, koneet ja laitteet 4. <input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus 5. <input type="checkbox"/> Muu, mikä HUOM! Kuljetuspalvelua ja henkilökohtaista avustajaa haetaan erillisellä hakemuksella.
Erittely haettavasta palvelusta
Arvioidut kustannukset
Saatteko tämän sairauden tai vamman perusteella palvelua tai korvausta tapaturmasta, liikennevahingosta, potilasvahingosta tai sotilasvammasta? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Jos saatte, niin mitä ja mistä?

Onko teille myönnetty aikaisemmin tässä hakemuksessa haettavia palveluja?

Ei Kyllä

Jos on, niin mitä?

KUVAUS VAMMAN AIHEUTTAMASTA HAITASTA

Vamma tai sairaus

Vamman tai sairauden haitat jokapäiväisissä toiminnoissa

Keneltä saatte apua / hoitoa?

Saatteko kotipalvelua / kotihoitoa?

Ei Kyllä

Jos saatte, niin kuinka usein?

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.

Suostun En suostu

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

LIITTEET

- Lääkärintlausunto (Tarvitaan vammaispalveluja ensimmäisen kerran haettaessa tai olosuhteiden muuttuessa.)
- Kustannusarvio
- Muu, mikä

LISÄTIETOJA ANTAA VAMMAISPALVELUN SOSIAALITYÖNTEKIJÄ

Puh. 050 591 2293 (Puhelinaika on arkisin klo 9.00 — 10.00)

Liedon kunnan sosiaali- ja terveysturvautakunta rekisteripitäjänä tallentaa henkilötietojanne sosiaalityön asiakasrekisteriin. Rekisteriseloste on saatavissa asiaanne hoitavalta viranhaltijalta. Teillä on oikeus tarkistaa itseänne koskevat tiedot sekä oikeus vaatia virheellisten tai tarpeettoman tiedon korjaamista. Vaatimuksenne voitte esittää asiaanne hoitavalle viranhaltijalle (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 13 §, henkilötietojen laki 24 §).