



Vammaispalveluhakemus

Saapumispäivämäärä

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja kaikki etunimet

Henkilötunnus

Töissä

Opiskelija

Muu, mikä

Perhesuhde

Avoliitossa

Avoliitossa

Leski

Naimaton

Eronnut

Rek. parisuhde

Asumuserossa/erossa asuva

Väestökirjalain mukainen kotipaikkakunta

Puhelinnumero

Osoite

Postinumero ja -toimipaikka

Sähköposti

YHTEYSHENKILÖ (JOS EI HAKIJA ITSE)

Nimi

Henkilötunnus

Osoite

Postinumero ja -toimipaikka

Sähköposti

Suhde hakijaan

Onko hakijalla edunvalvoja? kyllä ei

HAETTAVAT PALVELUT

Esteettömän asumisen tuki (esim. asunnon muutostyöt tai asuntoon kuuluvat laitteet)
 Valmennus (esim. kommunikaatio-opetus, liikkumistaidon ohjaus)
 Päivätoiminta
 Kehitysvammaisten työtoiminta
 Vammaisen henkilön asumisen tuki
 Vammaisen lapsen asumisen tuki
 Lyhytaikainen huolenpito (esim. tilapäishoito)
 Muu palvelu, mikä?

(Huomioitavaa: Henkilökohtaista apua haetaan erillisellä hakemuksella).

Asiakkaan perustelut haettavalle palvelulle:

ASUMINEN

Yksin	Vanhempien luona/kanssa
Aikuisen lapsen luona/kanssa	Avio- / avopuolison kanssa
Puolison ja lapsen/lasten kanssa	Alaikäisen lapsen/lasten kanssa
Sisarusten luona/kanssa	Palvelutalossa/muussa asumisyksikössä
Muun henkilön/henkilöiden kanssa	

Alaikäisten lasten syntymävuodet

Vakituiseen asuntoon tehtyt vammaispalvelulain mukaiset asunnon muutostyöt

kyllä ei

Milloin ja minkälaisia muutostöitä on tehty

VAMMA TAI SAIRAUUS

Haettavaan palveluun vaikuttava vamma ja/tai sairaudet

(Ajantasainen (alle 6kk vanha) lääkärilausunto/muu vastaava asiantuntijalausunto liitteeksi haettaessa ensi kertaa palvelua tai vedotaan vamman tai sairauden muutoksiin)

Milloin ja missä vamma ja/tai sairaus on aiheutunut

Päivittäisissä toimissa käytössäni olevat apuvälineet

Kuulolaite	Sähkömopo	Kyynärsauva(t)/tukikeppi/-kepit
Rollaattori	Valkoinen keppi	
Pyörätuoli (sähkö)	Pyörätuoli (manuaalinen)	
Muu, mikä		

Miten liikutte sisällä asunnossanne

Miten selviätte portaissa

Miten liikutte ulkona

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään

Ilman apuvälineitä metriä

Apuvälineen kanssa metriä

Syöminen

itsenäisesti	apuvälineillä	tarvitsen apua	täysin autettava
--------------	---------------	----------------	------------------

Pukeutuminen

itsenäisesti	apuvälineillä	tarvitsen apua	täysin autettava
--------------	---------------	----------------	------------------

Peseytyminen

itsenäisesti	apuvälineillä	tarvitsen apua	täysin autettava
--------------	---------------	----------------	------------------

Wc-käynnit

itsenäisesti	tarvitsen apua
--------------	----------------

Aistitoiminnot

Näkö	hyvä	heikko	näkövammainen
------	------	--------	---------------

Kuulo	normaali	heikko	kuulovammainen
-------	----------	--------	----------------

Onko erityisiä vaikeuksia kommunikoinnissa tai puheen tuottamisessa

Ei	Kyllä, mitä
----	-------------

ULKOPUOLINEN APU**Saatteko kotihoidon palveluja**

Ei	Kyllä, kuinka usein
----	---------------------

Mitä palveluja**Auttavatko omaiset teitä**

Ei	Kyllä, kuinka usein
----	---------------------

Missä asioissa**Auttaako teitä joku muu henkilö (esim. ystävä, naapuri, tukihenkilö)**

Ei	Kyllä, kuinka usein
----	---------------------

Missä asioissa**Onko teillä voimassa oleva omaishoidon tuen päätös**

Saan omaishoidontukea	En saa omaishoidontukea	Hakemukseni on vireillä
-----------------------	-------------------------	-------------------------

ANSIOTYÖ

Toisen palveluksessa Itsenäisen ammatin harjoittaja

Työnantaja

Työnantajan osoite

Työpäivien lukumäärä viikossa

Päivittäinen työaika

OPISKELU

Oppilaitoksen nimi ja osoite

Opintojen alkamispäivä

Opintojen päättymispäivä

Opiskelupäivien lukumäärä / kk

KORVAUKSET

Saatteko korvausta vakuutusyhtiöstä?

Liikennevakuutus

Tapaturmavakuutus

Vapaaehtoinen vakuutus

Potilasvahinkovakuutus

Muu

Vakuutusyhtiö ja vakuutusnumero

Saatteko KELA:n maksamaa hoitotukea/vammaistukea

kyllä

euroa/kk

ei

LIITTEET

Ajantasainen (alle 6kk vanha) lääkärinlausunto/muu vastaava asiantuntijalausunto

Fysioterapeutin lausunto/toimintaterapeutin lausunto/kuntoutus yhteenveto

Suostumuslomake: Tietojen luovuttaminen terveydenhuollosta sosiaalihuoltoon
Apottijärjestelmässä

Jos hakemuksen tekijä ei ole hakija itse, on hakemukseen liitettävä valtakirja

Korvausta hakiessa: Kustannusarvio ja/tai kuitit kustannuksista

Muu liite, mikä?

Rekisteriseloste

Tietonne tallennetaan Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen Vammaispalvelun henkilörekisteriin. Rekisteriä koskeva tietosuojaseloste on saatavissa pyynnöstä Vammaisten asiakasohjausyksiköstä sekä internetistä osoitteessa:

[Tietosuojaseloste vammaispalveluiden asiakasrekisteri.pdf \(vakehyva.fi\)](#)

PÄIVÄYS JA HAKIJAN ALLEKIRJOITUS**Päiväys****Allekirjoitus****Nimenselvennys**

Hakemuksen tekemisessä avustanut henkilö

Hakemuksen tekijä, mikäli muu kuin hakija

Nimi**Puhelin****Sähköposti****Virka-asema/suhde hakijaan****Lomakkeen palautusosoite**

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Vammaisten asiakasohjaus

PL 637

01088 Vantaan ja Keravan hyvinvointialue