

Sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun tarkoitus on edistää ja ylläpitää heikentyneen toimintakyvyn omaavan henkilön toimintamahdollisuuksia, omatoimisuutta ja itsenäistä suoriutumista sekä vahvistaa pitkäaikaishoidossa olevien ihmisten sosiaalisten verkostojen säilymistä. Kuljetuspalvelu on tarkoitettu asiointi-, virkistys- ja vapaa-ajan matkoihin. Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu on kunnille harkinnanvaraista toimintaa ja sitä järjestetään määrärahojen puitteissa. Kunta määrittelee toimintaohjeessaan matkojen määrän, pituuden ja asiakkaalta perittävät maksut. Sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua järjestetään henkilölle, jolla on ikäänymisen ja/tai sairauden vuoksi pitkäaikaisesti toimintakyvyn laskua ja kuljetuspalvelun tarvetta, eikä hän kykene käyttämään julkisia joukkoliikennevälineitä tai palveluliikennettä ilman huomattavia vaikeuksia.

**Hakijan henkilötiedot:**

Sukunimi ja etunimet		
Henkilötunnus	Ammatti	Kotipaikka väestötietolain mukaan
Osoite		Postinumero ja toimipaikka
Puhelin kotiin	Puhelin toimeen	Sähköpostiosoite

**Sosiaalinen tuki:**

Henkilöt, jotka auttavat Teitä päivittäisissä askareissa (sukulaiset, ystävät, muut hakijalle tärkeät henkilöt):			
Nimi:	Osoite:	Puhelinnumero:	Suhde hakijaan:
Lääkäri:			
Kuntoutuksesta vastaava henkilö:			

**Liikuntaesteisyyttä ja sairautta koskevat tiedot:**

Vamma ja/tai sairaus:			
Käyttekö apuvälineitä?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
Liikkumisen apuväline:			
<input type="checkbox"/> Pyörätuoli	<input type="checkbox"/> Kävelyteline	<input type="checkbox"/> Kyynärsauvat	<input type="checkbox"/> Keppi
<input type="checkbox"/> Muu, mikä?			
<b>Näkövammaisen henkilö täyttää</b>			
Puuttuuko Teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?			
<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei		
Oletteko saanut näkövamma vuoksi liikkumistaidon ohjausta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Haluaisin saada ohjausta	

**Elinolosuhteita ja liikkumista koskevat tiedot:**

Asutteko yksin?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Tarvitsetteko apua kaupassa tai muiden asioiden hoitamisessa?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Kuka auttaa Teitä?		
Kuvailkaa liikkumistanne Kotona:  Kodin ulkopuolella:  Asunnon sijainti palvelujen ja liikenneyhteyksien kannalta? (esim. välimatkat lyhimmälle pysäkille, asuinympäristön maasto, palvelujen sijainti)		
Voitteko käyttää julkisia liikennevälineitä saattajan avulla?		
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei, miksi ei?		
Onko perheessänne auto?		
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		

**Eläketiedot:**

Toimittakaa hakemuksen liitteeksi eläkepääätöksenne

<b>Hakija:</b>	€/kk, brutto	<b>Puoliso:</b>	€/kk, brutto
<input type="checkbox"/> Kansaneläke		<input type="checkbox"/> Kansaneläke	
<input type="checkbox"/> Työeläke Maksaja:		<input type="checkbox"/> Työeläke Maksaja:	
<input type="checkbox"/> Työeläke Maksaja:		<input type="checkbox"/> Työeläke Maksaja:	
<input type="checkbox"/> Vakuutusyhtiö Mikä:		<input type="checkbox"/> Vakuutusyhtiö Mikä:	
<input type="checkbox"/> Perhe-eläke Maksaja:		<input type="checkbox"/> Perhe-eläke Maksaja:	

**Lisätiedot:**

**Suostumus:**

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

Suostun

En suostu

**Liitteet \_\_\_\_\_ kpl**

**Allekirjoitus:**

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys

**Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö:**

Nimi:

Virka-asema tai sukulaisuussuhde:

Puhelinnumero:

**Palautusosoite:**

Palautusosoite:	Toivakan kunta Iltaruskontie 4 41660 Toivakka
Lisätietoja:	Hanna Manninen, 040 839 3489 <a href="mailto:hanna.manninen@toivakka.fi">hanna.manninen@toivakka.fi</a>