



MUHOKSEN KUNTA
Sosiaali- ja terveystoimi/
Palveluohjaus/lkäihmisten palvelut
PL 39
91501 Muhos

HAKEMUS/TARKISTUS
Sosiaalihuoltolain mukainen
kuljetuspalvelu

Hakijan henkilötiedot

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite ja postinumero	Puhelinnumero
Siviilisääty <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio/avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	Huolettavien lasten määrä
Asuntotyyppi <input type="checkbox"/> Tavallinen asunto <input type="checkbox"/> Tavallinen asunto, jossa vammaisvarustus <input type="checkbox"/> Vaikeavammaisen palveluasunto <input type="checkbox"/> Muu palveluasunto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Samassa taloudessa asuvat	

Päivittäinen toimita

<input type="checkbox"/> Kotona	<input type="checkbox"/> Lapsille järjestettävän päivätoiminnan piirissä
<input type="checkbox"/> Ansiotyössä	<input type="checkbox"/> Muussa järjestetyssä päivätoiminnassa
<input type="checkbox"/> Työtoiminnassa	<input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____
<input type="checkbox"/> Käy koulua tai opiskelee	

Liikkumisvaikeus

Kuvailkaa millaisia vaikeuksia liikkumisessa esiintyy
Mitä apuvälineitä käytätte liikkumisessa

Oman auton käyttö

Onko perheessä omaa autoa?

Jos perheessä on auto, voidaanko sitä käyttää hakijan matkoihin?

Kuljetuspalvelun tarve

Asiointimatkoja, kuinka monta matkaa /kk

Hoitajan tarve

Käykö kotihoidon hoitaja? Kuinka usein?

Käykö kotisairaanhoidaja? Kuinka usein?

Onko puolisoa, sukulaisia tai tuttava, joka hoitaa asiointiasiat?

Onko saamanne apu riittävä?

Toivomuksia kuljetus- ja saattopalvelujen järjestämiseksi sekä mahdolliset lisätiedot

Allekirjoitus

Paikka, aika ja hakijan allekirjoitus

Tarkistuksen liitteeksi

tarvitaan uusi lääkärinlausunto

ei tarvita uutta lääkärinlausuntoa