

Kalajoen kaupunkiHyvintointipalvelut
Kalajoentie 5
85100 Kalajoki**VAMMAISPALVELUHAKEMUS**

1 (4)

Hakemus saapunut ____ / ____ 20 ____

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja kaikki etunimet		Henkilötunnus
Ammatti / koulutus		Sähköpostiosoite
Perhesuhde <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avioliitto <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> asumuserossa <input type="checkbox"/> rek. parisuhde		
Väestökirjalain mukainen kotipaikkakunta	Puhelin kotiin	Puhelin toimeen
Jakeluosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
Muut samassa osoitteessa kirjoilla olevat		
Pankin ja konttorin nimi		Tilinumero (IBAN)
Edunvalvojan nimi (tarvittaessa)		Puhelin
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
Sukulaisuussuhde		

VAMMA TAI SAIRAUS

Vamma tai sairaus (haettaessa ensi kertaa lääkärintodistus liitteeksi)
Saatteko palvelua tai korvausta vammanne tai sairautenne perusteella muualta, mistä ja mitä (esim. tapaturma-, liikenne-, potilasvakuutuksesta)
Missä asioissa tarvitsette apua vamman tai sairauden vuoksi ja miten palvelu auttaisi selviytymistänne?

ERITYISTIEDOT

Työkyvyttömyysaste %	Vakuutusyhtiö	Vahinkonumero
Saatteko KELA:n maksamaa		
<input type="checkbox"/> lapsen hoitotukea	euroa	
<input type="checkbox"/> eläkkeensaajan hoitotukea	euroa	
<input type="checkbox"/> vammaistukea	euroa	

Kalajoen kaupunki

Hyvintointipalvelut
Kalajoentie 5
85100 Kalajoki

VAMMAISPALVELUHAKEMUS

2 (4)

HAETTAVA PALVELU

- Tulkkipalvelut
- Palveluasuminen
- Sopeutumisvalmennus
- Ylimääräiset vaatekustannukset (esim. erityisjalkineet)
- Asunnon muutostyöt tai asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet (mitä muutostöitä, välineitä, laitteita?)
- Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa tarvittava väline, kone tai laite
- Muu, mikä:

Asiakkaan omat perustelut haettavalle palvelulle, mahdolliset kustannukset yms.

- Henkilökohtainen apu (asiakkaan arvio henkilökohtaisesta avusta)
- pukeutumisessa _____ tuntia/viikko
- henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa _____ tuntia/viikko
- ruoka- ja vaatehuollossa _____ tuntia/viikko
- kaupassa käynnissä _____ tuntia/viikko
- muussa asiointissa _____ tuntia/viikko
- huollossa tai hoidossa olevan lapsen päivittäisiin toimiin osallistuminen _____ tuntia/viikko
- työssä tai opiskelussa _____ tuntia/viikko
- muussa, missä? _____
- harrastuksissa _____ tuntia/kk

TOIMINTAKYKY (selviytyminen päivittäisistä toiminnoista)**Liikkuminen**

- ilman apua/apuvälineitä apuvälineiden avustamana, tarvittava apuväline:
 keppi/kepit kyynärsauvat rollaattori pyörätuoli muu, mikä?
- toisten avustamana liikuntakyvytön

Miten liikutte sisällä asunnossa

Miten selviätte portaissa?

Miten liikutte ulkona

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään (metreinä)

Ilman apuvälinettä

Apuvälineen kanssa

Syöminen

- Itsenäisesti apuvälineillä tarvitsen apua täysin autettava



Kalajoen kaupunki

Hyvintointipalvelut
Kalajoentie 5
85100 Kalajoki

VAMMAISPALVELUHAKEMUS

3 (4)

<u>Pukeutuminen</u>				
<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/>	apuvälineillä	<input type="checkbox"/> tarvitsen apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<u>Peseytyminen</u>				
<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/>	apuvälineillä	<input type="checkbox"/> tarvitsen apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<u>WC-käynnit</u>				
<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> tarvitsen apua			
<u>Aistitoiminnot</u>				
Näkö	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> heikko	<input type="checkbox"/> sokea	
Kuulo	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> heikko	<input type="checkbox"/> kuulolaite	<input type="checkbox"/> kuuro
Onko erityisiä vaikeuksia kommunikoinnissa tai puheen tuottamisessa				
<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä, mitä?			

ULKOPUOLINEN APU

Saatteko kotihoidon palveluja	
<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein ja mitä palveluja
Auttavatko omaiset teitä	
<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein ja missä asioissa
Auttaako teitä joku muu henkilö (esim. ystävä, naapuri, tukihenkilö)	
<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein ja missä asioissa
Onko teillä voimassa oleva omaishoidon tuen päätös	
<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä euroa/kk

ASUMINEN

Asumismuoto		
<input type="checkbox"/> yksin	<input type="checkbox"/> vanhempien luona	<input type="checkbox"/> avio-/avopuolison kanssa
<input type="checkbox"/> sisarusten luona	<input type="checkbox"/> lasten kanssa	<input type="checkbox"/> muun henkilön kanssa
Asuntotyyppi		
<input type="checkbox"/> tavallinen asunto	<input type="checkbox"/> asunto johon tehty muutostöitä	<input type="checkbox"/> palveluasunto
<input type="checkbox"/> vaikeavammaisten palveluasunto		
Talotyyppi		
<input type="checkbox"/> omakotitalo	<input type="checkbox"/> kerrostalo	<input type="checkbox"/> rivitalo
<input type="checkbox"/> muu		
Omistussuhde		Pinta-ala
<input type="checkbox"/> omistusasunto	<input type="checkbox"/> vuokra-asunto	Asunnon huoneluku

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen	
Paikka ja päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys
_____	_____

HAKEMUKSEN PALAUTUSOSOITE	
Kalajoen kaupunki, Sosiaalitoimisto Tohtorintie 4 85100 Kalajoki	Kalajoen kaupunki, Himangan palvelutoimisto Sosiaalityön palveluohjaaja Raumankarintie 2 68100 Himanka



Kalajoen kaupunki

Hyvintointipalvelut
Kalajoentie 5
85100 Kalajoki

VAMMAISPALVELUHAKEMUS

4 (4)

SUOSTUMUS**Suostumus hakemuksen käsittelemiseksi välttämättömien tietojen hankintaan**

Suostun siihen, että työntekijä saa hankkia terveystäni koskevia tietoja

Kalajoen terveyskeskuksen potilasrekisteristä Kyllä En suostu

Kalajoen sosiaalitoimen asiakasrekisteristä Kyllä En suostu

sekä

vakuutusyhtiöltäni Kyllä En suostu

Kelalta Kyllä En suostu

Muut taho (työntekijä lisää tarvittaessa)

_____ Kyllä En suostu

_____ Kyllä En suostu

Suostumus on voimassa asianne käsittelyn ajan ja se lakkaa automaattisesti käsittelyn loputtua. Mikäli tämän jälkeen tietojanne tarvitaan, niin teiltä tullaan pyytämään suostumusta uudelleen. Tietojen pyynnöstä ja saamisesta tehdään merkintä vammaispalvelun henkilökisteriin

Teillä on myös mahdollisuus toimittaa hakemuksen käsittelemiseksi tarpeelliset terveydentilaanne koskevat selvitykset itse. Tällöin työntekijä pyytää teiltä tarvittavat lisäselvitykset.

Haluan itse toimittaa pyydetty terveydentilaani koskevat tiedot

Mikäli hakemuksen käsittelemiseksi tarvitaan tietoja muista henkilökistereistä, tullaan pyytämään tietojen saamisen erillinen suostumus.

Tällä hakulomakkeella ilmoitetut tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä käytetään tästä palvelusta päätettäessä. Asiakasta koskevia tietoja palvelusta päätettäessä voidaan pyytää ilman asiakkaan suostumusta mm väestökisteristä, Kelan asiakasrekisteristä ja veroviranomaiselta. Kalajoen hyvinvointipalveluilla on tekninen käyttöyhteys Kelan asiakasrekisteriin.

Kalajoen perusturvalautakunta rekisterinpitäjänä tallettaa henkilötietonne ProConsona- sosiaalitoimen tietojärjestelmään sekä Pegasos-potilastietojärjestelmään. Tarkempia tietoja rekisteristä ja sinne tallennetuista henkilötiedoista voitte saada pyytämällä rekisteriselosteen, mistä ilmenee mm. tietojen käyttötarkoitus, säännönmukaiset tietolähteet ja mihin tietojanne voidaan luovuttaa. Rekisteriselosteen saa pyydettäessä nähtäväkseen asiaa hoitavalta viranhaltijalta (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista). Rekisteröidyllä on oikeus tarkastaa itseään koskevat asiakasrekisteritiedot (henkilötietolaki)

Toimittamianne tietoja säilytetään ja suojataan henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tietoja käytetään vain pyydettyyn käyttötarkoitukseen.

