

VAMMAISPALVELUHAKEMUS

Saapumispäivä ____ / ____ 20____

Vammaisten lasten palvelut
Keskuskuja 6
93600 Kuusamo
Puh. 040 580 6347

HENKILÖTIEDOT

Hakijan nimi Henkilötunnus

Osoite Puhelin

Postinumero ja postitoimipaikka

Huoltajan tai muun yhteys henkilön nimi ja puhelin

TIEDOT VAMMASTA TAI SAIRAUDESTA

Diagnoosi: _____

Lyhyt kuvaus henkilön terveydentilasta, apuvälineiden käytöstä ym.

TARVITTAVAT PALVELUT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt | <input type="checkbox"/> Tukihenkilö |
| <input type="checkbox"/> Asuntoon kuuluvat välineet / laitteet | <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja |
| <input type="checkbox"/> Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa tarvittava väline, kone, laite (esim. auto) | <input type="checkbox"/> Tulkkipalvelut |
| <input type="checkbox"/> Palveluasuminen | <input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelut |
| <input type="checkbox"/> Laitoshoito | <input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus |
| <input type="checkbox"/> Tilapäishoito | <input type="checkbox"/> Lomatoiminta |
| <input type="checkbox"/> Perhehoito | <input type="checkbox"/> Erityisravinto |
| <input type="checkbox"/> Kotipalvelu | <input type="checkbox"/> Ylimääräiset vaatetuskustannukset |
| | <input type="checkbox"/> Muuta, mitä _____ |

Lisätietoja haettavasta palvelusta _____

Arvioidut kustannukset _____

Hakijan perustelut _____

Onko aiemmin myönnetty tässä hakemuksessa tarkoitettuja palveluja?

Ei Kyllä Mitä? _____

Saako hakija ko. palveluihin tai kustannuksiin korvausta muun lain nojalla?

Ei Kyllä Mistä? _____

Paikka, pvm ja allekirjoitus

Suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta

LIITTEET: Lääkärinlausunto, tarvittaessa muu asiantuntijan lausunto, mahdollinen kustannusarvio