

VAMMAISTEN LASTEN VAMMAISPALVELUHAKEMUS

Saapumispäivä ___ / ___ 20 ___

Palautusosoite
Jari Jaakkonen
Apajatie 26 / Kuusela
93600 Kuusamo
Puh. 040 860 8338

HENKILÖTIEDOT

Hakijan nimi

Henkilötunnus

Osoite

Puhelin

Postinumero ja postitoimipaikka

Huoltajan tai muun yhteyshenkilön nimi ja puhelinnumero

TIEDOT VAMMASTA TAI SAIRAUDESTA

Diagnoosi: _____

Lyhyt kuvaus henkilön terveydentilasta, apuvälineiden käytöstä ym.

TARVITTAVAT PALVELUT

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

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: Lääkinlausunto, tarvittaessa muu asiantuntijan lausunto, mahdollinen kustannusarvio