

HAKIJAN TIEDOT	Sukunimi	Etunimet
	Henkilötunnus	Ammatti
	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero
	Osoite	
HAETTAVAT MATKAT	Montako yhdensuuntaista kuljetuspalvelumatkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa _____	
HAETTAVA KULJETUSPAL- VELU	<input type="checkbox"/> Asiointi- ja virkistysmatka	Lisätietoja
	<input type="checkbox"/> Työmatka, ma –pe <input type="checkbox"/> Työmatka, muu aika	Työnantajan osoite
	<input type="checkbox"/> Opiskelumatka, ma – pe <input type="checkbox"/> Opiskelumatka, muu aika	Oppilaitoksen osoite
KOTIHOITOPAL- VELUT	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Lisätietoja
LIIKKUMISEN APUVÄLINEET	<input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Käytössä apuvälineitä <input type="checkbox"/> Keppi sisällä <input type="checkbox"/> Keppi ulkona <input type="checkbox"/> Kynärsauvat sisällä <input type="checkbox"/> Kynärsauvat ulkona <input type="checkbox"/> Rollaattori	<input type="checkbox"/> Pyörätuoli (kokoon taittuva) sisällä <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (kokoon taittuva) ulkona <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (ei taittuva) sisällä <input type="checkbox"/> Pyörätuoli (ei taittuva) ulkona <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli/sähkömopo sisällä <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli/sähkömopo ulkona <input type="checkbox"/> Muu apuväline sisällä, mikä: _____ <input type="checkbox"/> Muu apuväline ulkona, mikä: _____
LIIKKUMINEN KODIN ULKO- PUOLELLA	Minkälaisia vaikeuksia teillä on liikkumisessa kodin ulkopuolella vamman ja sairauden vuoksi	
KULKUVÄLINEET	Onko julkisten joukkoliikennevälineiden käyttö mahdollista? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Mitä kulkuvälinettä olette käyttäneet tähän asti? _____ Oletteko saanut autoveron palautusta/taloudellista tukea auton hankintaan? <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> Kyllä, vuonna _____	

SAATTAJA	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta saattajalle <input type="checkbox"/> Kyllä, saattajana on yleensä toiminut: _____ <input type="checkbox"/> Kyllä, vain autoon nousemisessa ja poistumisessa <input type="checkbox"/> Kyllä, minut on noudettava asunnostani. Miksi? _____ <input type="checkbox"/> Kyllä, koko matkan ajan
YKSILÖLLINEN PALVELUTARVE	Haen <input type="checkbox"/> Yksinmatkustusoikeutta <input type="checkbox"/> Vakiotaksioikeutta; kuljettaja: _____ Varahenkilö 1: _____ Varahenkilö 2: _____ <input type="checkbox"/> Oikeutta saada avustaminen kohteessa
LIITTEET	Hakemukseen mukaan tulevat liitteet <input type="checkbox"/> Lääkärintodistus tai epikriisi <input type="checkbox"/> Fysioterapeutin lausunto <input type="checkbox"/> Opiskelutodistus <input type="checkbox"/> Työnantajan todistus <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____
TIEDOT	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun kuljetuspalveluasian käsittelyssä tarpeellisten tietojen antamiseen/hankkimiseen muilta viranomaisilta <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu Vammaispalvelulain (380/1987) mukaista kuljetuspalvelua ja niihin liittyviä saattajapalveluja järjestettäessä vaikeavammaisena pidetään henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei vammansa tai sairautensa vuoksi voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Kuljetuspalvelua ei järjestetä henkilölle, joka saa näitä palveluja muun lain nojalla. (Vammaispalveluasetus 759/1987, 9 §)
ALLEKIRJOITUS	Aika, paikka ja allekirjoitus
PALAUTUS	Alajärven kaupunki Vammaispalvelut Alvar Aallontie 2 62900 Alajärvi