Itä UUSIMAA / Östra NYLAND | Hyvinvointialue / Välfärdsområde

VAMMAISPALVELUHAKEMUS

HAKEMUS	☐ Uusi hakemus ☐ Jatkohakemus	
1 HAKIJA	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Ammatti	Asiointikieli
	Tarvitaanko tulkkia ☐ Kyllä ☐ Ei	Tulkkauskieli ja tulkkausmenetelmä
	Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Kotikunta	Puhelinnumero
	Sähköposti	
	Huoltajan / huoltajien nimi ja yhteystiedot (jos hakija on alle 18-vuotias)	
	Edunvalvojan nimi ja yhteystiedot	
	Hakijan vamma tai sairaus, diagnoosit	
2 HAKIJAN PUOLESTA ASIOIVAN YHTEYSTIEDOT	Huoltajan/edunvalvojan nimi	
	Huoltajan/edunvalvojan yhteystiedot, puhelinnumero, sähköpostiosoite	
	Minulla on virallinen lupa asioida hakijan puolesta ☐ Kyllä (liitä mukaan valtakirja tai edunvalvontavaltuutus)	
	Huoltajan/edunvalvojan allekirjoitus ja nimenselvennys	
3 HAETTAVA PALVELU	Hakemuksella voitte pyytää vammaispalvelulain mukaista palvelutarpeen arviointia, jossa selvitetään tuen ja palvelujen tarpeenne. ☐ **Vammaispalveluiden palvelutarpeen arviointi** *Vammaispalvelulain mukaista liikkumisen tukea haetaan erillisellä hakemuslomakkeella.*	
4 TÄLLÄ	Merkitkää, saatteko tällä hetkellä alla mainittuja tukia, apua tai palveluja.	

HETKELLÄ KÄYTÖSSÄ OLEVA TUKI, APU JA/TAI PALVELU

Jos vastaatte kyllä, kuvatkaa lyhyesti, millaista tuki tai palvelu on, kuka sitä järjestää sekä kuinka usein tai kuinka paljon sitä saatte (esim. tuntia viikossa, käyntikertoja tai palvelun laajuus).

	Kyllä	En	Kuvaile saamasi tuki
Apuvälineet			
Kelan etuudet ja kuntoutus			
Kotihoito			
Kotisairaanhoito			
Lääkinnällinen kuntoutus			
Muut palvelut ja tukitoimet			
Omaishoidon tuki			
Omaisten ja läheisten antama apu			
Sosiaalihuollon tukipalvelut			
Vakuutusperusteiset korvaukset ja palvelut			
Vammaispalvelut			

Onko teille tehty sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arviointi?

☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Jos vastasitte kyllä, milloin arviointi on tehty?

_____

Saatteko vamman tai sairauden perusteella korvausta tai tukea vakuutusyhtiöstä?

☐ Kyllä ☐ En

Jos vastasitte kyllä, ilmoittakaa mistä vakuutuksesta saatte korvausta tai tukea:

☐ Työtapaturma (vakuutusyhtiö ja numero)

_____

	☐ Liikennevahinko (vakuutusyhtiö ja numero) _____ ☐ Muu, mikä (vakuutusyhtiö ja numero) _____
5 HAKEMUKSEN PERUSTELUT	Missä asioissa tarvitset jokapäiväistä apua vamman tai sairauden vuoksi? Miten kuvailet nykyistä toimintakykyäsi vamman tai sairauden vuoksi kodissasi ja kodin ulkopuolella tapahtuvissa arjen toiminnoissa? Milloin nykyisen kaltainen vammaan tai sairauteen liittyvä toimintarajoite on alkanut? Millä tavalla haettava palvelu auttaisi itsenäistä selviytymistäsi arjen toiminnoissa vamman tai sairautesi vuoksi?

6 AVUNTARVE (PÄIVITTÄISET TOIMINNOT)

Arvioi avuntarpeesi päivittäisissä toiminnoissa

	En tarvitse apua	Tarvitsen vähän apua	Tarvitsen paljon apua	Täysin muiden autettavissa	Kuvaile tuen tarvettasi
Asiointi kodin ulkopuolella					
Harrastukset					
Hygienian hoito					
Liikkuminen					
Lääkehoito					
Pukeutuminen					
Ruoan valmistus					
Ruokailu					
Siivous					
Sosiaalinen vuorovaikutus					
Työ- ja opiskelu					
Vaatehuolto					

☐ Muu päivittäisten toimintojen avuntarve, mikä:

_____

Kuinka paljon apua tarvitsette keskimäärin?

☐ _____ tuntia / päivässä
☐ _____ tuntia / viikossa

Milloin tarvitsette apua?

☐ aamulla ☐ päivällä ☐ illalla ☐ yöllä

	Onko avuntarve päivittäistä vai vaihtelevaa? ☐ päivittäistä ☐ useita kertoja viikossa ☐ satunnaista ☐ vaihtelee tilanteen mukaan **Onko teillä näköön, kuuloon tai muihin aistitoimintoihin liittyvää tuen tarvetta arjessa?** ☐ kyllä ☐ ei Jos kyllä, kuvatkaa, millaisissa tilanteissa tarvitsette tukea:
7 LIITTEET	Liittäkää hakemukseen tarvittavat asiakirjat. Toimittakaa vain ne liitteet, jotka liittyvät hakemaasi palveluun. **Hakijan terveydentilaa ja toimintakykyä koskevat lausunnot** ☐ **Lääkärin tai muun asiantuntijan lausunto** hakijan sairaudesta tai vammasta sekä palvelun tarpeesta. Lausunnon tulee kuvata nykyistä toimintakykyä ja se saa olla pääsääntöisesti enintään **6 kuukautta vanha**. ☐ **Fysioterapeutin, toimintaterapeutin tai puheterapeutin lausunto** ☐ **Muu asiantuntijan lausunto**, mikä_____ _____ Jos hakemuksen käsittelyyn tarvittavia lausuntoja ei toimiteta pyynnöstä huolimatta **kolmen (3) kuukauden kuluessa**, hakemus voidaan ratkaista käytettävissä olevien tietojen perusteella.
8 PÄIVÄMÄÄRÄ JA ALLEKIRJOITUS	☐ Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi ja sitoudun ilmoittamaan niissä tapahtuvista muutoksista sekä suostun tietojeni tarkistamiseen muilta viranomaisilta. ☐ Sosiaaliviranomainen voi saada veroviranomaiselta ja Kelalta näiden rekisterissä olevia, salassa pidettäviä henkilötietoja suostumuksesta riippumatta maksun määräämistä ja tietojen tarkistamista varten. Päivämäärä _____ Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys _____
9 HAKEMUKSEN LAATIJA	Hakemuksen laatijana voi olla viranomainen, henkilön laillinen valvoja, omainen tai muu läheinen. Nimi _____ Puhelinnumero _____

	Onko hakija tietoinen hakemuksen laatimisesta vammaispalveluun? ☐ Kyllä ☐ Ei Suhde hakijaan: ☐ Edunvalvoja ☐ Omainen ☐ Läheinen ☐ Viranomainen

Asiakirjan perusteena olevat lait:

- *Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) §36*
- *Vammaispalvelulaki (675/2023) §4*
- *Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) 24 § 25 kohta*
- *Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) 14 §*

1. Tulosta ja täytä lomake.

2. Lähetä lomake postitse osoitteeseen: **Vammaispalvelut Porvoo, Tekniikankaari 1, 06100 Porvoo**