

## VAMMAISPALVELUHAKEMUS

Saapunut \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_

### HENKILÖTIEDOT

|         |               |
|---------|---------------|
| Nimi    | Henkilötunnus |
| Osoite  | Puhelinnumero |
| Ammatti | Sähköposti    |

### VAMMAISPALVELULAIN NOJALLA HAETTAVA PALVELU TAI TUKITOIMI

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Palveluasuminen  |
| <input type="checkbox"/> | Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet, laitteet, koneet         |
| <input type="checkbox"/> | Vaikeavammaisten päivätoiminta   |
| <input type="checkbox"/> | Henkilökohtainen apu (HUOM: TÄYTÄ ERILLINEN LIITE TÄMÄN HAKEMUKSEN MUKAAN) |
| <input type="checkbox"/> | Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet       |
| <input type="checkbox"/> | Sopeutumisvalmennus  |
| <input type="checkbox"/> | Ylimääräiset vaatetuskustannukset  |
| <input type="checkbox"/> | Muu, mikä:   |

**Vaikeavammaisten kuljetuspalvelua haetaan erillisellä hakulomakkeella. Hakemus on saatavissa internet-sivulta [www.lky.fi](http://www.lky.fi) – lomakkeet – sosiaalipalvelut – vaikeavammaisen kuljetuspalveluhakemus sekä kuntien sosiaalitoimistoista (ks. osoitteet toisella sivulla).**

Selvitys haettavasta palvelusta tai tukitoimesta ja mahdollinen kustannusarvio

KUVAUS VAMMAN AIHEUTTAMASTA HAITASTA

|  |   |
|--|---|
| Toimintakykyä vaikeuttavat vammat ja/tai sairaudet. Miten ja milloin aiheutunut?                           | Oma näkemys terveydentilasta, apuvälineiden tarpeesta ym. Keneltä saatte apua ja/tai hoitoa ? |
| Saatteko tai haetteko tämän vamman tai sairauden vuoksi korvausta muualta? Vakuutusyhtiö ja vahinkonumero? | Onko teille myönnetty aiemmin tässä hakemuksessa tarkoitettuja palveluja tai tukitoimia?      |
| Lisätietoja  |   |

SUOSTUMUS

|  |                                |                             |
|--|--------------------------------|-----------------------------|
| Hakemukseni käsittelijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. | <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> EI |
|--|--------------------------------|-----------------------------|

ALLEKIRJOITUS

|                      |   |
|----------------------|---|
| Paikka ja päivämäärä | Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys |
| <br><br>             | <br><br>                                |

**Ensimmäistä kertaa vammaispalvelua haettaessa mukaan tulee liittää lääkärin tai muun terveydenhuollon asiantuntijan lausunto, josta ilmenee ko. vamma tai sairaus.**

**Vammaispalveluhakemus palautetaan:**

Kauhajoki: Kauhajoen kaupungintalo/vammaispalvelut, PL 100, 61801 KAUHAJOKI

Teuva: Vammaispalvelut, Tuokkolantie 6, 64700 TEUVA

Isojoki: Vammaispalvelut, Teollisuustie 1 A, 64900 ISOJOKI

Karjoki: Vammaispalvelut, Kristiinantie 3, 64350 KARIJOKI

**Lisätietoja vammaispalveluista antavat:**

Kauhajoen sosiaalitoimi: Erja Kippola, johtava sosiaalityöntekijä 040 549 2235

Maria Laine, sosiaaliohjaaja 040 182 2242

Teuvan sosiaalitoimi: Kastehelmi Ketola, sosiaalityöntekijä 050 386 4631

Isojoen sosiaalitoimi: Maija Hauta-Heikkilä, sosiaalityöntekijä 040 716 0488

Karjjoen sosiaalitoimi: Merja Mäki-Marttunen, sosiaalityöntekijä 040 528 7701

sähköpostit muotoa: etunimi.sukunimi@llky.fi