



**PARAISTEN KAUPUNKI**  
**VAMMAISPALVELU**  
Kuljetuspalvelu  
Vanha Bläsnäsintie 5  
21600 Parainen

**KULJETUSPALVELUHAKEMUS**

**VANHUSTENHUOLTO**  
Liikkumisen tuki  
Rantatie 30  
21600 Parainen

**HAKEMUS LIIKKUMISEN TUKEEN**

Saapumispäivämäärä \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

<b>HENKILÖTIEDOT</b>	
Hakijan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puh. josta tavoittaa päivisin
Postinumero- ja toimipaikka	Vakinainen asuinkunta
Ammatti	Sähköpostiosoite
Asutko yksin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> ei, perheeseeni kuuluu lisäksi: Kotona asuvien lasten syntymävuodet:	
<b>HAEN KULJETUSPALVELUA SEURAAVIIN MATKOKSIIN</b> <input type="checkbox"/> Sosiaalihuoltolain mukainen liikkumisen tuki (taksimatkat) henkilöille, jotka eivät pysty käyttämään julkisia liikennevälineitä alentuneen liikuntakyvyn vuoksi (liitteeksi lääkärinlausunto ja tulotiedot). <input type="checkbox"/> Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu henkilöille, joilla on vaikea liikuntarajoite (liitteeksi lääkärinlausunto) <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat (liitteeksi todistus oppilaitoksesta ja lääkärinlausunto) <input type="checkbox"/> Työmatkat (liitteeksi todistus työnantajalta, selvitys työajoista ja lääkärinlausunto)	
<b>VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT</b> Vamma tai sairaus	
Käytätkö apuvälineitä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	
Miten vamma tai sairaus haittaa liikkumista?	
Kuinka pitkän matkan pystyt kävelemään ulkona: kesällä      m                      talvella      m	
Miten selviydyt portaista?	

Kuinka kauan jaksat seistä?
Pystytkö käyttämään yleisiä kulkuneuvoja? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> saattajan kanssa <input type="checkbox"/> yksin  Miksi ei?
Mitä kulkuneuvoa olet käyttäneet asiointi- ja vapaa-ajanmatkoilla?
Onko perheessäsi auto? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei  Oletko saanut autoon autoveron palautuksen tai Vpl:n mukaista tukea? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei  Pystytkö ajamaan itse? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Millaisille matkoille tarvitset palvelua? Montako yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa?  (Sosiaalihuoltolain mukaisen liikkumisen tuen matkamäärä on enintään 8 yhdensuuntaista matkaa/kuukausi) (Vammaispalvelulain mukaisen kuljetuspalvelun matkamäärä on enintään 18 yhdensuuntaista matkaa/kuukausi)
<b>Tämä kenttä täytetään, mikäli haet sosiaalihuoltolain mukaista liikkumisen tukea</b>  Tulot _____ € (brutto/kuukausi) Puolison tulot _____ € (brutto/kuukausi)  Tulorajat yksinasuvalla 1500 €/brutto/kk ja pariskunnalla 2500€/brutto/kk
<b>ALLEKIRJOITUS JA SUOSTUMUS</b> <input type="checkbox"/> Suostun asian käsittelyssä tarpeellisten tietojen antamiseen tai hankintaan muilta viranomaisilta. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) § 14-20) <input type="checkbox"/> En suostu asian käsittelyssä tarpeellisten tietojen antamiseen tai hankintaan muilta viranomaisilta  _____ Päiväys Allekirjoitus
Yhteyshenkilö
Liitteet: <input type="checkbox"/> lääkärinlausunto <input type="checkbox"/> työnantajan/oppilaitoksen todistus  Asiakastiedot rekisteröidään Paraisten kaupungin Pro Consona-asiakastietojärjestelmään. Rekisteriseloste on nähtävissä palveluyksikössä.