

Hakijan henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet	
Henkilötunnus	Ammatti
Osoite	
Puhelin kotiin	Puhelin toimeen
Matkapuhelin	Sähköpostiosoite
Kotipaikka väestötietolain mukaan	
Jos hakija ei asu kunnassa, josta palvelua haetaan, miksi palvelua haetaan kunnasta	
Hakijan ilmoittama osoite, joka poikkeaa yllä olevasta väestökisteriosoitteesta	

Kuvaus vamman aiheuttamasta haitasta

Vamma tai sairaus
Vamman tai sairauden haitat jokapäiväisissä toiminnoissa
Hakijan käytössä olevat apuvälineet

Keneltä saatte apua/hoidoa	
Saatteko kotipalvelua/kotihoitoa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Jos saatte, niin kuinka usein
Mitä muita palveluja ja tukitoimia saatte	

Vammaispalveluista haettavat palvelut (valitse yksi tai useampi palvelu)

<input type="checkbox"/> Palveluasuminen/asumispalvelut <input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus <input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennuksen viittomakielen opetukseen liittyvä tulkkitoiminta <input type="checkbox"/> Vammasta aiheutuvat erityiskustannukset (esim. vaatetus tai erityisravinto) <input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu <input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet <input type="checkbox"/> Päivä- ja työtoiminta <input type="checkbox"/> Muu, mikä:
Erittely haettavasta palvelusta
Arvioidut kustannukset mikäli haettavan palvelun kustannukset tiedossa, euroa
Saatteko palvelua tai korvausta samaan tarkoitukseen muualta, mistä

Suostumus

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu
--

Pankkiyhteystiedot, johon tukeen tai palveluun liittyvät maksut maksetaan

Tilinumero

Lisätietoja

Haluan varata ajan sosiaalityöntekijälle/sosiaalihjaajalle

Tietojen oikeellisuus

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja sitoudun antamaan päätöksen tekoon tarvittavat tiedot sekä ilmoittamaan tilanteessani tapahtuvista muutoksista päätöksen voimassaolon aikana. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 12 §, Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3 a §, Hallintolaki 31 §)

Asiakastietonne rekisteröidään toimipisteen asiakastietojärjestelmään ja tiedot on säädetty salassa pidettäväksi. Asiakkaalla on oikeus tarkistaa itseään koskevat asiakasrekisteritiedot esittämällä allekirjoitettu pyyntö rekisterinpitäjälle. (Henkilötietolaki 26 § ja 28 §)

Postitse toimitettavat liitteet

- Lääkärintodistus *)
- Kustannusarvio
- Kopio eduvalvojan määräyksestä, jos teille on määrätty edunvalvoja.
- Muu, mikä:

*) Tarvitaan vammaispalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa tai olosuhteiden muuttuessa

Allekirjoitus

Paikka ja päiväys

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Hakemuksen palautusosoite

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysterveystyöntekijät Soite
Vammaispalvelut/Vammaispalvelutoimisto
Mariankatu 16 – 20, 67200 Kokkola

Käyntiosoite

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysterveystyöntekijät Soite
Vammaispalvelut/Vammaispalvelutoimisto
Rantakatu 16, 67100 Kokkola