

**KULJETUSPALVELUHAKEMUS**Hakemus  
vastaanotettu \_\_\_\_\_

- Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu  
- enintään 8 matkaa/kk, joista 2 ympäristökuntiin
- Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu  
- vaikeavammaisille

**HENKILÖTIEDOT**

Asiakastiedot matkapalvelukeskusta varten

Sukunimi ja etunimet (alleiviivatkaa kutsumanimi)		Henkilötunnus
Osoite		
Postinumero ja postitoimipaikka	Kotikunta	
Puhelin	Sähköpostiosoite	
Saadaanko puhelinnumero luovuttaa Teitä noutavan ajoneuvon kuljettajalle matkan ajaksi? Kuljettaja ei talleta numeroa myöhäisempää käyttöä varten.		
Puhelin kotiin	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Matkapuhelin	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Puhelin töihin	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei

**HAKEMUS**

<b>Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin</b>
<input type="checkbox"/> asioimis- ja virkistys <input type="checkbox"/> opiskelu <input type="checkbox"/> työ
Montako yhdensuuntaista asioimis- ja virkistysmatkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa? matkaa

**VAMMA TAI SAIRAUS**

----------------------

**TYÖ- JA OPISKELUMATKAT**

Työnantaja / Oppilaitos _____
Työpaikan / Oppilaitoksen osoite _____
Yhdensuuntaisten matkojen lukumäärä/kk _____
Liitteeksi työnantajan / oppilaitoksen todistus

## APUVÄLINEET JA KOMMUNIKOINTI

Apuväline, joka Teillä on **säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ei apuvälinettä               | <input type="checkbox"/> rollaattori / kävelyteline (kokoontaitettava) |
| <input type="checkbox"/> keppi                         | <input type="checkbox"/> rollaattori / kävelyteline (ei taittuva)      |
| <input type="checkbox"/> pyörätuoli (kokoontaitettava) | <input type="checkbox"/> kynärsauvat                                   |
| <input type="checkbox"/> pyörätuoli (ei taittuva)      |  |
| <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____              |  |

Onko jotain erityistä huomioitavaa liittyen matkan tilaamiseen sekä matkan aikana tapahtuvaan yhteydenpitoon kuten esim.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> puhevamma          | <input type="checkbox"/> kuulovamma      |
| <input type="checkbox"/> näkövamma          | <input type="checkbox"/> muistamattomuus |
| <input type="checkbox"/> muuta, mitä? _____ |  |

## ELINOLOSUHTEITA, ASUMISTA JA LIIKKUMISTA KOSKEVAT TIEDOT

### Asuminen

- |                      |  |       |
|----------------------|--|-------|
| koti                 | <input type="checkbox"/> kyllä         |       |
| palveluasumisyksikkö | <input type="checkbox"/> kyllä, missä? | _____ |
| palvelutalo          | <input type="checkbox"/> kyllä, missä? | _____ |
| laitos               | <input type="checkbox"/> kyllä, missä? | _____ |

Jos asutte kerrostalossa, monennessako kerroksessa asutte? \_\_\_\_\_

- |                      |                                |                                      |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Onko talossa hissiä  | <input type="checkbox"/> kyllä | <input type="checkbox"/> ei          |
| Miten pääsette raput | <input type="checkbox"/> itse  | <input type="checkbox"/> avustettuna |

Minkälaisia vaikeuksia teillä on liikkumisessa kodin ulkopuolella?

Mitä kulkuneuvoa olette käyttäneet tähän asti?

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona?

Kesällä                      m                      Talvella                      m  
Kuinka pitkä matka asunnostanne on linja-autopysäkille?                      m

Voitteko käyttää matalalattiabusseja?

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> kyllä                    | <input type="checkbox"/> joskus, milloin? | _____ |
| <input type="checkbox"/> en lainkaan, miksi ette? |   | _____ |

Voitteko käyttää julkisia liikennevälineitä saattajan kanssa?

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| <input type="checkbox"/> kyllä                   | <input type="checkbox"/> joskus, milloin? | _____ |
| <input type="checkbox"/> en koskaan, miksi ette? |   | _____ |

Voitteko käyttää palvelubussia?

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| <input type="checkbox"/> kyllä                                 | <input type="checkbox"/> joskus, milloin? | _____ |
| <input type="checkbox"/> en koskaan, miksi ette?               |   | _____ |
| <input type="checkbox"/> minulla ei ole tietoa palvelubussista |   |       |

<p>Onko perheessänne auto?</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä    <input type="checkbox"/> ei</p>
<p>Ajatteko itse autoa?</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä    <input type="checkbox"/> ei, kuka ajaa? _____</p>
<p>Oletteko saanut vammaispalvelulain tai muun lain nojalla avustusta autoa varten?</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä, vuonna _____    <input type="checkbox"/> ei</p>
<p>Onko Teillä vireillä tai saatteko sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalvelumatkoja?</p> <p><input type="checkbox"/> ei    <input type="checkbox"/> kyllä</p>

## KULJETUSPALVELUJEN KÄYTTÖ

<p>Mikä kulkuneuvo on vamman tai sairautenne vuoksi välttämätön?</p> <p><input type="checkbox"/> henkilöautotaksi    <input type="checkbox"/> farmariautotaksi</p> <p><input type="checkbox"/> invotaksi</p> <p><input type="checkbox"/> muu, mikä? _____</p>
<p>Tarvitsetteko kuljettajan antamaa apua lähtö- tai määräpaikassa?</p> <p><input type="checkbox"/> en</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä, toisinaan. Milloin? _____</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä, aina</p> <p>Minkälaista apua? _____</p>
<p>Onko Teillä todettu allergia tai muu tekijä, joka on otettava huomioon kuljetusta toteutettaessa?</p> <p><input type="checkbox"/> ei    <input type="checkbox"/> kyllä, mikä? _____</p>
<p>Onko Teillä vamma tai sairaus, jonka vuoksi ette voi matkustaa yhdessä toisten henkilöiden kanssa?</p> <p><input type="checkbox"/> ei</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä. Miksi ette voi matkustaa muiden kanssa</p> <p>_____</p>
<p>Onko Teillä erityistarpeita auton tai kuljetuksen suhteen?</p> <p><input type="checkbox"/> minulla on yleensä saattaja mukana matkalla</p> <p><input type="checkbox"/> voin matkustaa vain auton etupenkillä</p> <p><input type="checkbox"/> tarvitsen tututaksin</p> <p>Perustelut:</p> <p>_____</p> <p>Tuttutaksin/tuttutaksien yhteystiedot:</p> <p>_____</p>

## SUOSTUMUS

<p>Suostun kuljetuspäätöksen tekemiseen tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta</p> <p><input type="checkbox"/> suostun    <input type="checkbox"/> en suostu</p> <p>Suostun hakemuksessa olevien tarpeellisten tietojen antamiseen palvelun tuottajalle kuljetuspalvelun välittämistä varten. Nämä tiedot ovat henkilötiedot, osoite, puhelinnumero, apuvälineet, kommunikointi, avustaminen, kuljetuspalvelupäätöksen voimassaolo ja myönnetyt matkat.</p>
---

## ALLEKIRJOITUS

Vakuutan täällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Hakemuksen täyttämässä on avustanut:  
nimi ja puh. nro

**Kuljetuspalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa on mukaan liitettävä lääkärinlausunto, josta ilmenee liikkumista vaikeuttavat vammat ja/tai sairaudet.**

**Työ- ja opiskelumatkoja haettaessa hakemukseen liitetään todistus opiskelusta tai työssä käymisestä.**

**Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu perustuu hakijan tilanteen kokonaisarviointiin, hakemuksen liitteenä on toimitettava tulokset.**

Voitte halutessanne kirjoittaa erilliselle paperille lisätietoja kuljetuspalveluidenne järjestämiseen liittyvistä asioista.

### KULJETUSPALVELUN MYÖNTÄMISEN EDELLYTYKSET

Sosiaalihuoltolain mukaisena kotipalvelun tukipalveluna voidaan myöntää kuljetuspalveluita vanhuksille, joilla on suuria vaikeuksia käyttää yleisiä kulkuvälineitä, eivätkä he kuitenkaan ole vammaispuolustajan tarkoittamia vaikeavammaisia henkilöitä (sosiaalihuoltolaki 14 §, 23 §)

Kuljetuspalvelua ja niihin liittyviä saattopalveluita järjestettäessä vaikeavammaisena pidetään henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei vammansa tai sairautensa vuoksi voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Kuljetuspalveluita ei järjestetä henkilölle, joka saa näitä palveluja muun lain nojalla. (Vammaispuolustusasetus 759/87, 5§)

### HAKEMUKSEN PALAUTUS

Kangasalan kaupunki  
Vammaispuolustus / kotihoito  
PL 50  
36201 Kangasala

Vammaispuolustuksen mukaiset kuljetuspuolustushakemukset osoitetaan vammaispuolustuksen sosiaalitoimikunnalle ja sosiaalihuoltolain mukaiset kuljetuspuolustushakemukset kotihoiton esimiehille.

### HAKEMUKSEN KÄSITELY

Lain mukaiset päätökset on tehtävä ilman aiheutonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluessa hakemuksen saapumisesta, jollei asian selvittäminen erityisestä syystä vaadi pitempää käsittelyaikaa. Hakemukset käsitellään pääsääntöisesti saapumisjärjestyksessä. Vireille tulo seitsemän päivän kuluessa.

Kangasalan kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus rekisteripitäjänä tallentaa henkilötietojanne vammaispuolustuksen/kotihoidon asiakasrekisteriin. Rekisteriseloste on saatavissa asiaanne hoitavalta viranhaltijalta. Teillä on oikeus tarkastaa itseänne koskevat tiedot sekä oikeus vaatia virheellisten tai tarpeettoman tiedon korjaamista. Vaatimuksenne voitte esittää asiaanne hoitavalle viranhaltijalle. (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 13 §, henkilötietolaki 24 §)

### VIRANOMAISEN MERKINTÖJÄ