

KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Vaikeavammaisten kuljetuspalvelu

SHL:n mukainen kuljetuspalvelu

Hakemus saapunut ____ / ____ 20____

Vastaanottaja _____

Asiakkaan tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
Kuljetuspalvelu, jota haetaan	<input type="checkbox"/> Työmatkat _____ /kk <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat _____ /kk <input type="checkbox"/> Virkistys- ja asiointimatkat _____ /kk	
Vammaisuutta tai sairautta koskevat tiedot	Vamma tai sairaus ja sen aiheuttama liikuntahaitta: Käyttämänne apuvälineet <input type="checkbox"/> keppi/kepit <input type="checkbox"/> kyynärsauvat <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> kävelyteline Lisätietoja:	
Saattaja	Tarvitsetteko saattajaa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Suostumus	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta sekä päätöksen tiedottamiseen tarvittaessa Sulkavan taksiautoilijoille.	
Allekirjoitus	Päiväys ____ / ____ 20____ _____ Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus	
Liitteet	<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus (aina vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua haettaessa) <input type="checkbox"/> Tulo- ja varallisuusselvitys (sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua haettaessa) <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	

Hakemus palautettava osoitteella:
Palveluohjaaja Jaana Uotinen
Palvelukeskus Ilona
Terveystie 8
58700 Sulkava