



Vammaispalvelut

Viranomaisen täyttää

Hakemus saapunut ___/___/___

Vireillepano ___/___/___ Selvitys ___/___/___

Vireillepano ___/___/___ Selvitys ___/___/___

VAMMAISPALVELUHAKEMUKSEN TÄYTTÖOHJE

Täytä hakemuksen kaikki kohdat huolellisesti. Selvitä tarkoin, miten vamma tai sairaus vaikuttaa hakemaasi palveluntarpeeseen. Vammasta aiheutuvan haitan tulee kestää pääsääntöisesti vähintään yhden vuoden.

Aloitamme palveluiden ja tukitoimien tarpeen selvittämisen viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun hakemus on meille saapunut. Päätöksen saat kirjeitse kolmen kuukauden kuluessa hakemuksesta.

Taloudellisia tukitoimia sinun on haettava kuuden (6) kuukauden kuluessa siitä, kun kustannukset ovat syntyneet.

HAKIJA TÄYTTÄÄ:

Ensimmäinen hakemus

Jatkohakemus, edellinen päätös päättyy/päätynyt _____

1. Hakijan henkilötiedot	Suku- ja etunimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite ja postitoimipaikka	
	Kotipaikka väestötietolain mukaan	
	Puhelinnumero, josta tavoittaa virka-aikaan	
	Huoltaja/edunvalvoja, yhteystiedot. (Ohje: Edunvalvoja on maistraatin tai käräjäoikeuden määräämä yksityishenkilö tai yleinen edunvalvoja.)	
	Tilinumero (Ohje: Täytä vain, jos haet kustannuksia tilille tositetta vastaan.)	

2. Mahdollinen yhteyshenkilö	Nimi, yhteystiedot, yhteyshenkilön suhde hakijaan
3. Haettavat palvelut. Valitse vain se palvelu/palvelut, joita tällä hetkellä haet.	<p>Ohje: Pyydettävät tarkennukset kirjataan tämän listan alapuolella olevaan laatikkoon.</p> <p><input type="checkbox"/> Aamu- tai iltapäivähoito (6-17-vuotiaille) Ohje: Kirjaa hoidon alkamis- ja päättymispäivämäärä, tarkempi toive hoitopaikasta, hoitopäivän alkamis- ja päättymisaika, lapsen koulu, kuljetuspalvelun tarve. Pyydämme toimittamaan hakemuksen hyvissä ajoin ennen koulujen lukuvuoden alkua, mieluiten 3kk ennen hoidon alkua.</p> <p><input type="checkbox"/> Asumisen tuki Ohje: Itsenäisesti asuville tukea omaan asuntoon, kirjaa monta kertaa viikossa toivot ohjaajan käyntejä ja millaiseen toimintoon.</p> <p><input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet, koneet, laitteet</p> <p><input type="checkbox"/> Avohuollon ohjaus</p> <p><input type="checkbox"/> Eriyisravintokustannukset</p> <p><input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu Ohje: Henkilökohtainen apu on avustamista välttämättömissä päivittäisissä toiminnoissa, joita tekisit itse ilman vammaasi tai sairauttasi. Henkilökohtainen apu ei ole hoivaa, hoitoa tai valvontaa. Henkilökohtaisena avustajana ei voi pääsääntöisesti toimia omainen tai muu läheinen henkilö. Kirjaa, mihin haet apua: päivittäisiin toimintoihin, harrastuksiin, asiointiin, opiskeluun, työhön. Kirjaa kuinka monta tuntia apua päivässä/viikossa/kuukaudessa haet. Keneltä saat tällä hetkellä apua, esim. omaiselta, ostat itse, Eksoten kotihoidosta tai joltakin yhdistykseltä. Kirjaa monta tuntia päivässä ja kuinka usein saat apua. Kerro onko sinulle myönnetty omaishoidontuki.</p> <p><input type="checkbox"/> Leiritoiminta Ohje: Täytä tämä kohta, mikäli haet Eksoten järjestämälle leirille. Leirin hakuajasta ilmoitamme erikseen verkkosivuillamme ja lehdessä.</p> <p><input type="checkbox"/> Loma-ajanhoito (6-17-vuotiaille) Ohje: Kirjaa hoidon alkamis- ja päättymispäivämäärä, tarkempi toive hoitopaikasta, hoitopäivän alkamis- ja päättymisaika, kuljetuspalvelun tarve. Pyydämme toimittamaan hakemuksen hyvissä ajoin, mieluiten 3kk ennen hoidon alkamista ja kesäajanhoito 30.4. mennessä.</p> <p><input type="checkbox"/> Lyhytaikainen palveluasuminen tai lyhytaikainen tehostettu palveluasuminen Ohje: Kirjaa mille ajanjaksolle ja mihin paikkaan haet lyhytaikaista palveluasumista. Kerro onko sinulle myönnetty omaishoidontuki ja onko omaishoidonvapaat käytetty.</p>

4.Toimintakykyyn vaikuttavat vammat tai sairaudet sekä ajankohta milloin olet saanut diagnoosin	
5. Selvitys, miten vamma tai sairaus vaikeuttaa liikkumista ja toimintakykyä	
6. Miksi haet kyseistä palvelua/palveluja?	

7. TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI**LIIKUNTAKYKY**

<input type="checkbox"/> Liikun ilman apua tai apuvälineitä <input type="checkbox"/> En liiku omin avuin
Käytän seuraavia apuvälineitä <input type="checkbox"/> keppi <input type="checkbox"/> kyynärsauvat <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> sähköpyörätuoli/-mopo <input type="checkbox"/> happirikastin/ hengityslaitte <input type="checkbox"/> muu, mikä?
Liikuntakykyyni on <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> epävarma <input type="checkbox"/> kaatuilen <input type="checkbox"/> tarvitsen taluttajaa/avustajaa
Miten selviydyt portaissa? <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> taluttajan/avustajan kanssa <input type="checkbox"/> en pysty kulkemaan portaita
Kuinka pitkän matkan voit liikkua ulkona? kesällä _____ talvella _____
Matkan pituus lähimpään päivittäistavarakauppaan _____ apteekkiin _____ pankkiin _____ pysäkillä _____
Liikkuminen asioimis- ja vapaa-ajan matkoilla tällä hetkellä <input type="checkbox"/> kävellen <input type="checkbox"/> polkupyörä <input type="checkbox"/> linja-auto <input type="checkbox"/> oma auto <input type="checkbox"/> taksi <input type="checkbox"/> esteetön taksi (invataksi) <input type="checkbox"/> sähköpyörätuoli/-mopo <input type="checkbox"/> ystävän/läheisen auton kyydissä <input type="checkbox"/> muu, mikä

AISTIT, KOMMUNIKOINTI JA MUISTI

Näkö <input type="checkbox"/> näen hyvin <input type="checkbox"/> silmälasien kanssa melko normaali <input type="checkbox"/> huomattavasti rajoittunut <input type="checkbox"/> olen sokea
Kuulo <input type="checkbox"/> kuulen hyvin <input type="checkbox"/> kuulolaitteen kanssa melko normaali <input type="checkbox"/> huomattavasti alentunut <input type="checkbox"/> olen kuuro
Kommunikointi/ ilmaisukyky <input type="checkbox"/> normaali puhe <input type="checkbox"/> puheen tuottamisen häiriö <input type="checkbox"/> puheen ymmärtämisen häiriö <input type="checkbox"/> ilmaisen itseäni pääasiassa elein ja ilmein <input type="checkbox"/> käytän korvaavia kommunikointimenetelmiä, mitä?

Muisti

- normaali, aikaan ja paikkaan orientoitunut alentunut
 muistamaton diagnosoitu muistisairaus

MUU TOIMINTAKYKY**Pukeutuminen**

- pukeudun itse tarvitsen apua tai ohjausta pukeutumisessa
 pukeutumisessa täysin autettava

Ruokailu

- syön itse tarvitsen apua tai ohjausta syömisessä
 syötettävä letkuravinto

WC-toiminnot

- selviydyn itsenäisesti tarvitsen apua tai ohjausta vaipat
 katetri

Peseytyminen

- peseydyn itsenäisesti tarvitsen apua tai ohjausta
 täysin autettava

Käyttäytyminen

- normaali/ ei haastavaa käyttäytymistä yksin viihtyvä
 seurallinen aggressiivinen
 haastavaa käyttäytymistä, millaista?

Muuta huomioitavaa käyttäytymisessä?

ASUMINEN

- omakotitalo**, kerrokset _____
 rivitalo, kerrokset _____ **paritalo**, kerrokset _____
 hissillinen kerrostalo, kerrokset _____ **hissitön kerrostalo**, kerrokset _____
 jonkin muu, mikä?

Asutko yksin vai jonkun kanssa, kenen? Mikä on suhteesi asuinkumppaniin?

Asun asumispalveluyksikössä, missä?

Olen pysyvässä laitoshoidossa, missä?

Oma näkemyksesi avun tarpeesta

- ympäri vuorokauden päivittäin viikoittain
 kuukausittain harvemmin

8. Lisätietoja	
9. Hakemuksen täyttämiseksi auttoi	Nimi: Yhteystiedot:
10. Liitteet	<p>Ohje: Kun haet palvelua ensimmäistä kertaa tai terveydentilasi tai toimintakykysi on muuttunut, tarvitsemme terveydenhuollon asiantuntijan lausunnon liitteeksi. Se voi olla lääkärinlausunto, hoito- tai sairauskertomus tai muun terveydenhuollon asiantuntijan lausunto. Lausunnossa tulee näkyä diagnoosi sekä tarkka kuvaus toimintakyvystäsi suhteessa haettavaan palveluun.</p> <p>Tarvitsemme palvelun tai tuotteen tarjoajan kustannusarvion, kun haet välineitä, koneita tai laitteita, erityisvaatekustannuksia, erityisravintokustannuksia. Erityisravintokustannuksia haettaessa liitä hakemukseen ravitsemusterapeutin lausunto. Kalliimpien kustannusten kohdalla tarvitsemme pääsääntöisesti vähintään kaksi kustannusarviota. Asunnon muutostöihin tarvitsemme liitteeksi rakennusluvan tai taloyhtiön tai vuokranantajan luvan muutostöille.</p> <p>Pitkäaikaista asumisen ja palveluasumisen palvelua myönnettäessä noudatamme Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskuksen (ARA) asukasvalintaohjeita. Näitä palveluja haettaessa tarvitsemme tiedot tuloista ja varallisuudesta (tiliote/pankin antama selvitys ja kopio verotuspäätöksestä ja sen erittelyosasta). Muuta vammaispalvelua haettaessa ei näitä tietoja tarvitse toimittaa.</p>

	<input type="checkbox"/> Lääkärin lausunto <input type="checkbox"/> Hoito- tai sairaskertomus <input type="checkbox"/> Muun terveydenhuollon asiantuntijan lausunto <input type="checkbox"/> Kustannusarvio _____ kappaletta <input type="checkbox"/> Kopio edunvalvojan määräyksestä <input type="checkbox"/> Kopio verotuspäätöksestä ja sen erittelyosasta (ei selvitys ennakonpidätysperusteista) <input type="checkbox"/> Pankkien selvitys säästöistä (tai kopio tiliotteesta, jos säästöjä ei ole) <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
11. Päiväys ja allekirjoitus	Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Päiväys Allekirjoitus </div>
12. Palautusosoite ja lisätietojen jakajat	<p>Imatra, Rautjärvi, Ruokolahti ja Parikkala Etelä-Karjalan hyvinvointialue, vammaispalvelut, Iso apu -palvelukeskus, Esterinkatu 10, 55100 Imatra. sosiaaliohjaajat: puh. 040 573 2447 tai puh. 040 651 3936</p> <p>Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Savitaipale ja Taipalsaari Etelä-Karjalan hyvinvointialue vammaispalvelut, Iso apu -palvelukeskus, Kauppakatu 63, 53100 Lappeenranta. sosiaaliohjaajat: puh. 040 549 4915 tai puh. 040 595 2241</p>

Asiakastietosi rekisteröidään Etelä-Karjalan hyvinvointialueen asiakastietojärjestelmään.