



Saapumispäivä / 20

Saapunut sähköisesti

Hakijan henkilötiedot		
Sukunimi	Etinimet	Henkilötunnus
Kotiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Ammatti		Kotipaikka väestötietolain mukaan
Puhelin kotiin	Matkapuhelin	Puhelin toimeen
Sähköpostiosoite		
Jos hakija ei asu kunnassa, josta palvelua haetaan, miksi palvelua haetaan kunnasta?		
Hakijan ilmoittama osoite, joka poikkeaa yllä olevasta väestörekisteriosoitteesta		
Kuvaus vamman aiheuttamasta haitasta		
Vamma tai sairaus (ajantasainen alle 6 kk vanha lääkärinlausunto)		
Vamman tai sairauden aiheuttamat haitat jokapäiväisissä toiminnoissa <i>Kuvaile, millä tavoin vamma tai sairaus haittaa esimerkiksi syömistä, pukeutumista, peseytymistä, WC-käyntejä, liikkumista tai kommunikointia</i>		
Hakijan käytössä olevat apuvälineet		
Keneltä saatte apua/hoitoa		
Saatteko kotipalvelua/kotihoitoa? Kyllä Ei		Jos saatte, niin kuinka usein?
Mitä muita palveluja ja tukitoimia saatte? Mitä erityishuollon palveluja, terapioita tai Kelan myöntämiä palveluita tai etuuksia saatte? <i>Onko teille myönnetty omaishoidontukea tai muita kotona asumista tukevia palveluja? Kuinka usein tai missä asioissa saatte apua omaisilta, ystäviltä, tukihenkilöiltä, naapureilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta?</i>		



Vammaispalvelusta haettavat palvelut (valitse yksi tai useampi palvelu)	
Palveluasuminen/asumispalvelut	Sopeutusmisvalmennuksen viittomakieleen liittyvä tulkkitoiminta
Sopeutusmisvalmennus	Vammasta aiheutuvat erityiskustannukset (esim. vaatetus tai erityisravinto)
Henkilökohtainen apu	Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet
Päivä- ja työtoiminta	Päivittäisessä toiminnassa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet
Muu, mikä?	
Erittely haettavasta palvelusta. <i>Kuvaile, millä tavoin hakemasi palvelu/tukitoimi auttaisi sinua suoriutumaan jokapäiväisistä toiminnoista</i>	
Arvioidut kustannukset mikäli haettavan palvelun kustannukset ovat tiedossa, euroa	
Saatteko palvelua tai korvausta samaan tarkoitukseen muualta, mistä?	
Suostumus	
<p>Suostun siihen, että työntekijä saa pyytää/hankkia asianne käsittelyn kannalta välttämättömiä tietoja Hailuodon kunnan</p> <ul style="list-style-type: none">- terveydenhuollon potilasrekisteristä- ikäihmisten asiakasrekisteristä- omaishoidon tuen rekisteristä- sosiaalityön asiakasrekisteristä- lastensuojelun asiakasrekisteristä- toimeentulotuen asiakasrekisteristä <p>sekä</p> <ul style="list-style-type: none">- Kansaneläkelaitokselta- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä- vakuutusyhtiöiltä <p>Suostumus on voimassa asianne käsittelyn ajan ja se lakkaa automaattisesti käsittelyn loputtua. Mikäli tämän jälkeen tietojanne tarvitaan, niin teiltä tullaan pyytämään suostumusta uudelleen. Tietojen pyynnöstä ja saamisesta tehdään merkintä vammaispalvelun asiakasrekisteriin. Mikäli hakemuksen käsittelemiseksi tarvitaan tietoja muista henkilörekistereistä, tullaan pyytämään tietojen saamiseen erillinen suostumus.</p> <p>Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 20 §: mukaan valtion ja kunnan viranomainen sekä muu julkisoikeudellinen yhteisö, kansaneläkelaitos, eläketurvakeskus, eläkesäätiö ja muu eläkelaitos, vakuutuslaitos, koulutuksen järjestäjä, sosiaalipalvelun tuottaja, terveyden- ja sairaudenhoitotoimintaa harjoittava yhteisö tai toimintayksikkö sekä terveydenhuollon ammattihenkilö ovat velvollisia antamaan sosiaalihuollon viranomaiselle sen pyynnöstä maksutta ja salassapitosäännösten estämättä hallussaan olevat sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset, jotka viranomaiselle laissa säädetyn tehtävän vuoksi ovat välttämättömiä asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi, sosiaalihuollon järjestämiseksi ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseksi sekä viranomaiselle annettujen tietojen tarkistamista varten.</p>	
Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää minusta sellaisia minua koskevia tietoja, jotka ovat hakemuksen käsittelyssä tarpeellisia	
Suostun	En suostu



Pankkiyhteys, johon tukeen tai palveluun liittyvät maksut maksetaan:		
Tilinumero:		
Lisätietoja		
Edunvalvojan/muun yhteyshenkilön yhteystiedot. Vakuutusyhtiö ja vahinkonumero, mikäli vakuutusyhtiö korvaa hakemastanne palvelusta aiheutuvia kustannuksia.		
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 pidettäviksi.		
Asiakkaalla on oikeus tarkistaa itseään koskevat asiakasrekisteritiedot esittämällä allekirjoitettu pyyntö rekisterinpitäjälle. (Henkilötietolaki 26 § ja 28 §)		
Päiväys ja allekirjoitus		
Paikka ja aika	Allekirjoitus ja nimenselvennys	
Postitse toimitettavat liitteet		
Lääkärintodistus*	Kustannusarvio	Kopio edunvalvojan määräyksestä, jos Teille on määrätty edunvalvoja
Muu, mikä		
*Tarvitaan vammaispalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa tai olosuhteiden muuttuessa.		