



Päivämäärä (viranomainen täyttää)

Hakijan henkilötiedot

| | |
|--|---------------|
| Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan) | Henkilötunnus |
| Osoite | |
| Postinumero ja -toimipaikka | Puhelin |
| Perhesuhde <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> rekisteröity parisuhde Keitä kanssanne asuu? | |

Yhdyshenkilö

| | |
|------|---------|
| Nimi | Puhelin |
|------|---------|

Lähiomainen

| | |
|--------|---------|
| Nimi | Puhelin |
| Osoite | |

Vammaisuutta ja sairautta koskevat tiedot sekä liikkuminen

| |
|---|
| Liikuntakykyä alentava vamma ja/tai sairaus (fyysinen/psykkinen) |
| Kommunikointi |
| Apuvälineet <input type="checkbox"/> kainalo-/kynärsauvat <input type="checkbox"/> kepit <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> muu, mikä? |
| Mitä apuvälinettä tarvitsette sisällä liikkuessanne? |
| Mitä apuvälinettä tarvitsette ulkona liikkuessanne? |

| |
|--|
| Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä? |
| Saatteko kotihoidon palveluja <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä ja kuinka usein? |
| Onko perheessänne auto <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Miten olette liikkunut tähän asti |
| Voitteko käyttää julkisia liikennevälineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en Miten vamma/sairaus estää käyttämästä julkisia liikennevälineitä? |
| Hakijan bruttotulot yhteensä (lisäksi liite tuloista hakemuksen mukaan) |
| Puolison bruttotulot yhteensä |

Matkojen lukumäärä

Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluja voi saada määrärahojen puitteissa enimmillään 2-8 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa.

Haen yhdensuuntaisia matkoja _____ kuukaudessa

Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkistamiseen

Päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Hakemuksen liitteeksi tarvitaan lääkärintodistus tai muu luotettava selvitys;

liitteenä

toimitetaan myöhemmin

Hakemukset toimitetaan osoitteeseen;

Pyhärannan kunta, kotihoidon ohjaaja Kaisa Kurtakko-Hattula, Pajamäentie 4, 23950 Pyhäranta

Lisätietoja

Tuloselvitys

Tulot ilmoitetaan bruttomääräisinä eli ennen ennakonpidätystä.

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Hakijan nimi | | Puolison tai avopuolison nimi | |
| Hakijan henkilötunnus | | Puolison henkilötunnus | |
| Hakijan osoite ja postinumero | | Puolison osoite ja postinumero | |
| Hakijan puhelinnumero | | Puolison puhelinnumero | |
| | bruttotulot euroa/kk | | bruttotulot euroa/kk |
| Kansaneläke | | Kansaneläke | |
| Työeläke; a)maksaja | | Työeläke; a)maksaja | |
| b)maksaja | | b)maksaja | |
| c)maksaja | | c)maksaja | |
| Muu eläke | | Muu eläke | |
| Rintamalisä | | Rintamalisä | |
| Vuokratulot | | Vuokratulot | |
| Korko- ja osinkotulot | | Korko- ja osinkotulot | |
| Muut tulot | | Muut tulot | |
| Tulot yhteensä | 0 | Tulot yhteensä | 0 |

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja hyväksyn, että ne tarkistetaan.

| | |
|-------------------|---|
| Paikka ja päiväys | Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys |
|-------------------|---|