



Kuljetuspalvelua saavat **VAIKEAVAMMAISET** henkilöt, joilla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja jotka eivät vammansa tai sairautensa vuoksi voi käyttää julkisia kulkuvälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia.

Hakijan henkilö-tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite ja postinumero	Puhelinnumero
	Siviilisäätö <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio/avoliitto <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut	Huollettavien lasten lukumäärä
	Asuntotyyppi <input type="checkbox"/> Tavallinen asunto <input type="checkbox"/> Tavallinen asunto, jossa vammaisvarustus <input type="checkbox"/> Vaikeavammaisten palveluasunto <input type="checkbox"/> Muu palveluasunto <input type="checkbox"/> Muu, mikä	Samassa taloudessa asuvat
Päivittäinen toiminta	<input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Ansiotyössä <input type="checkbox"/> Työtoiminnassa <input type="checkbox"/> Käy koulua tai opiskelee	<input type="checkbox"/> Lapsille järjestetyn päivätoiminnan piirissä <input type="checkbox"/> Muussa järjestetyssä päivätoiminnassa <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ _____
Liikkumisvaikeus	Kuvaile millaisia vaikeuksia liikkumisessanne esiintyy	
	Mitä apuvälineitä käytätte liikkumisessanne ?	
Oman auton käyttö	Onko perheessä autoa ? <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> On hakijalta <input type="checkbox"/> On muulla perheenjäsenellä	
	Jos perheessä on auto, voidaanko sitä käyttää hakijan matkoihin ?	
	Onko hakijan autoon saatu <input type="checkbox"/> autoveropalautus _____ euroa <input type="checkbox"/> autoavustus _____ euroa sosiaalivirastosta	

Kuljetus palvelun tarve	<input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistysmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa / kk		
	<input type="checkbox"/> Työmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa / kk Työpaikka ja työaika (päivittäinen / viikottainen työaika) _____		
	<input type="checkbox"/> Opiskelumatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa / kk Opiskelupaikka, -ala ja opiskeluaika _____		
	Minä aikana vuodesta voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua (kuukaudet) <input type="checkbox"/> en koskaan		
Saattajan tarve	Onko saattaja välttämätön käytettäessäne kuljetuspalvelua ?		
	Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla ?		
	Onko tiedossanne henkilöä, joka voi toimia saattajana ?		
	Mahdolliset lisätiedot		
Lääkärinlausunto	Olen toimittanut lääkärin lausunnon vaikeavammaisuudestani ja liikuntaesteisyydestäni: <input type="checkbox"/> tämän hakemuksen mukana <input type="checkbox"/> vuonna _____ <input type="checkbox"/> joskus aikaisemmin <input type="checkbox"/> en ole toimittanut <input type="checkbox"/> lähetän myöhemmin <input type="checkbox"/> toimitan tarvittaessa		
Allekirjoitus	Paikka, aika ja hakijan allekirjoitus _____/_____/____ 20_____ Mikäli tämä on ensimmäinen vammaispalveluun toimittamanne hakemus, tulee teidän liittää mukaan lääkärinlausunto, ensisijaisesti alueenne terveysaseman omalääkäriltä		
	Postiosoite	Osoite	Puhelin
	Haapaveden kaupunki Haapaveden sosiaalityö PL 40 86601 HAAPAVESI	Haapaveden kaupunki Sosiaalitoimisto Tähtelänkuja 1 86600 HAAPAVESI	044 7591 282

**HAKIJAN HENKILÖTIEDOT**

Suku- ja etunimet

Henkilötunnus

---

Osoite

Puhelinnumero

---

**HOITOSUHDE**

Lausunnon antaja tuntee hakijan henkilökohtaisesti vuodesta \_\_\_\_\_

”	”	”	”	vain yhden tapaamisen perusteella	kyllä
”	”	”	”	vain asiakirjojen perusteella	_____
”	”	”	”		_____

---

**SAIRAUDET TAI VAMMAT**

**Diagnoosi suomeksi**

toteamisvuosi

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Ennuste**

Liikkumishaitta pysyy ennallaan	_____	kyllä	huononee	_____
” paranee vuodessa	_____			
” ” yli vuodessa	_____			

---

**TOIMINNALLINEN KUVAUS**

**Havaintoja ja tietoja hakijan liikuntakyvystä**

**Liikkuminen**

kävely ontuvaa	_____	kyllä	katkokävelyä	_____
kävely mahdollista vain lyhyen matkaa	_____		portaiden nousu vaikeaa	_____
maksimaalisen kävelymatkan pituus	_____			
kävely mahdollista vain apuvälineillä	_____			

**Apuvälineet**

keppi/kepit	_____	kyynärsauvat	_____
rollaattori	_____	pyörätuoli	_____
apuväline käytössä ajoittain	_____		
” ” jatkuvasti	_____		
” ” vain ulkona	_____		

## ALARAAJOJEN, SELÄN TAI SELKÄYTIMEN VAMMA TAI SAIRAUS

\_\_\_ ei ole

\_\_\_ lievä

Kävely on lievästi ontuvaa, lähes häiriötöntä.  
Liikkuminen epätasaisella lievästi häiriintynyt.

\_\_\_ keskivaikea

Ontumista, jatkuva kävely vaikeaa tai hidasta. Kävely mahdollista apuvälineiden avulla ja/tai kumartuminen ja kääntyminen huomattavasti vaikeutuneet.

\_\_\_ vaikea

Voi liikkua vain apuneuvon raskaasti nojaten ja lyhyitä matkoja kerrallaan ja/tai raajoissa spastisuutta tai vaikeita neurologisia muutosoireita.

\_\_\_ erittäin vaikea

Alaraajat toimintakyvyttömät. Joutuu käyttämään pyörätuolia tai liikkuu vain talutettuna ja/tai alaraajojen täydellinen halvaus.

### Lääkärintutkimuksessa todetut seikat

kumartuminen vaikeutunut	___	kyllä	kääntyminen vaikeutunut	___	kyllä
raajoissa spastisuutta	___		katkokävelyä	___	
raajoissa neurologisia muutoksia	___		tutkimuspöydälle nousu vaikeaa	___	
hakijalla on vaikeuksia pukeutumisessa	___			___	
hakijalla on hengenahdistusta sisällä liikkeussaan	___			___	

### Keuhko- tai verenkiertoelinten sairaus tai vamma

\_\_\_ ei ole

ei hengenahdistusta, mahdollisesti hengästymistä kiirehtiessä tai ylämäki- tai rappuskävelyssä.

\_\_\_ lievä

hengenahdistusta tai puristavaa rintakipua vain kaikkein raskaimmissa ponnistuksissa, ei kiirehtiessä tai ylämäki- ja rappuskävelyssä.

\_\_\_ keskivaikea

hengenahdistusta kiirehtiessä tai ylämäki- tai rappuskävelyssä. Ei tasamaalla normaalia vauhtia kävellessä.

\_\_\_ vaikea

hengenahdistusta tai puristavaa rintakipua tasamaalla normaalilla vauhdilla, normaalia hitaampi käynti mahdollinen. Hengenahdistusta 1 porraskävellessä tai tavallisissa kotiaskareissa.  
\_\_\_ Vaikeutuu erittäin vaikeaksi esim. pakkasella.

\_\_\_ Erittäin vaikea

hengenahdistusta tai puristavaa rintakipua ajoittain levossakin tai aina liikkeessä tai vähäisissä ponnistuksissa.

### Näkövamma tai sairaus

Hakija on sokea, hakijalla on putkinäkö, laajat näkökenttäpuutokset, hämäräsokeus \_\_\_  
(alleviivaa oikea vaihtoehto)

Näkövamma tai sairaus

ei ole

$\geq 0,7$

keskivaikea

$0,3 \geq 0,5$

erittäin vaikea

$\leq 0,1$ , sokeus, putkinäkö  
laajat näkökenttäpuutokset,  
hämäräsokeus

lievä

näöntarkkuus taittovirhe korjattuna  
 $0,5 \leq 0,7$

vaikea

$0,1 \leq 0,3$

**HUOM. Mikäli kuljetuspalvelua haetaan pelkästään näkövammaan vuoksi, asiakkaan edellytetään yleensä olevan sairaanhoidon näkökeskuksen asiakas.**

**Muita havaintoja ja tietoja**

kyllä

hakija käy vastaanotolla saattajan kanssa

\_\_\_\_\_

hakijalla on muistiongelmiä

\_\_\_\_\_

hakijan muistiongelmat haittaavat jokapäiväisestä elämästä selviytymistä

\_\_\_\_\_

hakijalla on SV-lain mukainen pysyvä oikeus käyttää taksia tai invataksia

\_\_\_\_\_

hakijalla on selviä eroja liikkumisessa eri vuodenaikoina

\_\_\_\_\_

hakijan liikkumiskyvyn selvittämiseksi tarvitaan fysioterapeutin lausunto tai

fysioterapeutin kanssa tehty koematka julkisissa liikennevälineissä

\_\_\_\_\_

**Sanallinen kuvaus hakijan liikuntakyvystä**

---

**MUUT HUOMAUTUKSET JA SELVENNYKSET**

---

**HUOM. Mikäli kuljetuspalvelua haetaan hengityselinsairauksien vuoksi, tarvitaan liitteeksi tulokset spirometriasta, joka on otettu optimaalisen lääkityksen aikana.**

---

**LÄÄKÄRIN YHTEYSTIEDOT JA ALLEKIRJOITUS**

Puhelinnumero

Vastaanoton osoite

---

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus ja leima

---

**Lääkärintodistusta täytettäessä huomioitavaksi**

Vammaispalvelulain perusteella myönnetään kuljetuspalvelua vain vaikeavammaisille.

Kuljetuspalvelua järjestettäessä vaikeavammaisena pidetään henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei vammansa tai sairautensa

vuoksi voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia.

Vammaisen henkilön käsitettä ei määritellä pelkästään lääketieteellisesti, vaan haittaa arvioitaessa otetaan huomioon henkilön sosiaaliset olot ja elinympäristö.

PALAUTETAAN HAKEMUKSEN MUKANA