



Palautusosoite

### 1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	
Henkilötunnus	Ammatti
Osoite	Postinumero
Puhelinnumero	Sähköpostiosoite
Lähiomainen tai edunvalvoja, nimi- ja yhteystiedot	
Kotipaikka väestökirjalain mukaan	

### 2. HAETTAVA PALVELU

Vammaispalvelulain nojalla haettava palvelu	
<input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus	<input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet
<input type="checkbox"/> Palveluasuminen	<input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet
<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu (lisäselvitys kohtaan 3)	<input type="checkbox"/> Ylimääräisen vaatetuksen kustannukset
<input type="checkbox"/> Vaikeavammaisten päivätoiminta	Haettavat kustannukset yllämainituista, jos tiedossa:
<input type="checkbox"/> Tukihenkilö	
<input type="checkbox"/> Muu, mikä:	
Kuljetuspalvelua haetaan erillisellä lomakkeella	
Kehitysvammalain nojalla haettava palvelu	
<input type="checkbox"/> Vammaisneuvolan palvelu	<input type="checkbox"/> Perhehoito
<input type="checkbox"/> Päivähoito kuntoutuksellisista syistä	<input type="checkbox"/> Asumispalvelu
<input type="checkbox"/> Koululaisten aamu- ja iltapäivähoito sekä loma-ajan hoito	<input type="checkbox"/> Työ- ja päivätoiminnan palvelu
<input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito	<input type="checkbox"/> Tuetun työllistymisen palvelu
<input type="checkbox"/> Tukihenkilö	<input type="checkbox"/> Laitushoito
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä:
Sosiaalihuoltolain nojalla haettava palvelu	
<input type="checkbox"/> Asumispalvelu	<input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito
<input type="checkbox"/> Työ- ja päivätoiminta	<input type="checkbox"/> Muu, mikä:
<input type="checkbox"/> Erityislasten vahtitoiminta	
Omaishoidon tukea haetaan erillisellä lomakkeella	



## 2. HAETTAVA PALVELU jatkuu

Vamma tai sairaus

Saatteko palvelua tai korvausta vammanne tai sairauden perusteella? Mistä ja mitä? (esim. vakuutusyhtiö)

Missä asioissa tarvitsette apua vamman tai sairauden vuoksi?

Millä tavalla haettava palvelu auttaisi selviytymistänne?

Keneltä saatte apua / hoitoa päivittäisissä toimissa?

Saatteko kotipalvelua / kotihoitoa?

Kyllä       En

Jos saatte, niin mihin asioihin ja kuinka paljon?

## 3. HENKILÖKOHTAINEN APU

Mihin tarkoitukseen tarvitsette henkilökohtaista apua vammanne tai sairautenne vuoksi?

Kuinka monta tuntia viikossa tai kuukaudessa haette henkilökohtaista apua?



### SUOSTUMUS

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.

Suostun  En suostu

### ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys
----------------------	--

### LIITTEET

- Lääkärintodistus (Tarvitaan ensimmäistä kertaa vammaistyön palvelua haettaessa tai mikäli vammanne aiheuttama haitta on oleellisesti muuttunut.)
- Kustannusarvio
- Asiantuntijalausunto

Asiakastietonne rekisteröidään sosiaali- ja terveysviraston asiakastietojärjestelmään. Järjestelmän rekisteriseloste on nähtävissä asiakaspalvelutoimistoissa ja internetissä osoitteessa [www.hel.fi/rekisteriseloste](http://www.hel.fi/rekisteriseloste).