



Perusturvatoimi
Vanhus- ja vammaispalvelut

Saapumispäivä _____

HAKEMUS SOSIAALIHUOLTOLAIN MUKAISESTA KULJETUSPALVELUSTA

Suku- ja etunimet (alleiviivatkaa kutsumanimi)	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Postinumero ja postitoimipaikka	
Sähköpostiosoite	
Samassa taloudessa asuvien nimet	
Kuukausittaiset bruttotulot (SHL:n mukaista liikkumisen tukea varten, tuloraja 1280,00 e/kk)	
Miten toimintakykyne heikkeneminen ilmenee?	
Oletteko pysyvästi ympärivuorokautisessa hoitopaikassa? ☐ en ☐ kyllä, missä _____	
ASIOIMIS- JA VIRKISTYSMATKAT: Montako yhdensuuntaista asioimis- ja virkistysmatkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa? _____ kpl/kk Minne asioimis- ja virkistysmatkanne suuntautuvat? _____ _____	
Onko perheessänne auto? ☐ Kyllä ☐ Ei	
Ajatteko itse autoa? ☐ Kyllä ☐ Ei	
Jos ette itse aja, kuka ajaa? _____	

JULKISTEN LIIKENNEVÄLINEIDEN KÄYTTÖ: Voitteko käyttää linja-autoa/junaa? ☐ Kyllä ☐ Kyllä, joskus. Milloin? _____
--

Kuinka usein käytätte linja-autoa/junaa: viikossa _____ , kuukaudessa _____

☐ **En lainkaan.** Miksi ette? _____

Voitteko käyttää Akaan kaupungin tai Urjalan kunnan alueella liikennöivää palvelubussia?

☐ **Kyllä**

☐ **Kyllä, joskus.** Milloin? _____

☐ **En koskaan.** Miksi ette? _____

☐ **Minulla ei ole tietoa palvelubussista.**

Mitä kulkuneuvoa olette käyttänyt tähän asti? _____

KULJETUSPALVELUJEN KÄYTTÖ:

Mikä kulkuneuvo on toimintakykynne vuoksi välttämätön?

☐ **Henkilötaksi** ☐ **Invataksi (pyörätuolinostin)**

☐ **Farmariautotaksi**

Muu, mikä? _____

Tarvitsetteko taksinkuljettajan antamaa apua lähtö- tai määräpaikassa?

☐ **Ei**

☐ **Kyllä, toisinaan.** Milloin? _____

☐ **Kyllä, aina.**

Minkälaista apua? _____

Onko teillä erityistarpeita autossa matkustamisen suhteen?

Onko teillä yleensä saattaja mukana matkalla?

☐ **Kyllä** ☐ **Ei**

☐ Voin matkustaa **vain auton etupenkillä.** Miksi? _____

☐ Tarvitsen vamman tai sairauden vuoksi tuttutaksin (=tietty auto/autoilija hoitaa kuljetukset).

Miksi? _____

☐ Muu erityistarve, mikä? _____

APUVÄLINEET:

Apuväline, joka teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella:

- ☐ ei apuvälineitä
- ☐ keppi
- ☐ kyynärsauvat
- ☐ rollaattori/kävelyteline (kokoon taitettava)
- ☐ rollaattori/kävelyteline (ei taittuva)
- ☐ pyörätuoli (kokoon taitettava)
- ☐ pyörätuoli (ei taittuva)

Pystyttekö kelaamaan itse?

☐ Kyllä

☐ Ei

KOMMUNIKOINTI:

Kommunikointi liittyy matkan tilaamiseen sekä matkan aikana tapahtuvaan yhteydenpitoon. Onko erityistä huomioitavaa kommunikointiinne liittyen?

Onko käytössänne kommunikoinnin apuvälineitä, millaisia?

Onko Teillä todettu allergia tai muu tekijä (esim. jokin aistiyliherkkyys), joka on otettava huomioon kuljetusta toteutettaessa?

- ☐ ei allergioita
- ☐ ei aistiyliherkyyksiä
- ☐ eläinallergia
- ☐ hajusteet
- ☐ pöly/siitepöly
- ☐ tupakka

☐ pakkanen

☐ muu, mikä? _____

Onko Teillä vamma tai sairaus, jonka vuoksi ette voi matkustaa yhdessä toisten henkilöiden kanssa, vaan tarvitsette mahdollisuuden matkustaa yksin?

☐ Ei

☐ Kyllä. Miksi ette voi matkustaa muiden kanssa? _____

Mitä muita asioita haluatte kuljettajan saavan tietää etukäteen esim. vammaan, avuntarpeeseen tai apuvälineiden käyttämiseen liittyen?

Saadaanko puhelinnumero luovuttaa Teitä noutavan ajoneuvon kuljettajalle matkan ajaksi?

Kuljettaja **ei talleta** numeroa myöhempää käyttöä varten. ☐ **Kyllä** ☐ **Ei**

Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi

Paikka ja päivämäärä _____

Hakijan/huoltajan/laillisen edustajan allekirjoitus

Täyttämässä on avustanut:

Nimi ja puhelinnumero _____

Hakemus palautetaan oheisessa palautuskuoressa tai osoitteella:

Akaan kaupunki

Asiakasohjaajat

Palvelupiste

Koivistontie 3

37830 AKAA

HUOMIOT:

Yhdensuuntainen matka on yksi matka (esim. menomatka) ja paluumatka on toinen matka.

Saattaminen ja avustaminen: Tavanomaiseen taksipalveluun kuuluu avustaminen autoon noustessa, matkan aikana ja tarvittaessa sisätiloihin siirryttäessä.

Yksi saattaja saa olla mukana maksutta.

Mikäli heikentyneestä toimintakyvystänne aiheutuu yksilöllisiä erityisiä tarpeita matkustamiseen, tulee niistä esittää lääkärinlausunto selvityksen liitteeksi.

Akaan kaupungin yhteistoiminta-alueen perusturvalautakunta rekisterinpitäjänä tallentaa henkilötietojanne sosiaalihuollon asiakasrekisteriin.

(Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 13 §, henkilötietolaki 24 §)