Vantaan ja Keravan hyvinvointialue
Vanda och Kervo välfärdsområde

Vammaispalveluhakemus

Saapumispäivämäärä

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Nimi

Henkilötunnus

Ammatti (ei eläkeläinen)

Koulutus

Perhesuhde

- ☐ avioliitossa
- ☐ avoliitossa
- ☐ leski
- ☐ naimaton
- ☐ eronnut
- ☐ rek. parisuhd
- ☐ asumuserossa/erossa asuva

Väestökirjalain mukainen kotipaikkakunta

Puhelin kotiin

Puhelin toimeen

Osoite

Postinumero ja -toimipaikka

Sähköposti

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Pankin ja konttorin nimi

Tilinumero

EDUNVALVOJA / MUU YHTEYSHENKILÖ TARVITTAESSA

Nimi

Henkilötunnus

Osoite

Postinumero ja -toimipaikka

Sukulaissuhde

TULOSTA TYHJENNÄ LOMAKE

VAMMA TAI SAIRAUS

Vamma tai sairaus (haettaessa ensi kertaa lääkärintodistus hakemuksen liitteeksi)

Milloin ja missä aiheutunut

HAETTAVAT PALVELUT

- [ ] Palveluasuminen
- [ ] Asunnon muutostyöt ja/tai asuntoon kiinteästi kuuluvat välineet ja laitteet
- [ ] Päivätoiminta
- [ ] Sopeutumisvalmennus (esim. kommunikaatio-opetus, liikkumistaidon ohjaus ja asumiskokeilu)
- [ ] Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa tarvittava väline, kone tai laite
- [ ] Ylimääräiset vaatekustannukset (esim. erityisjalkineet)
- [ ] Tilapäinen perhehoito
- [ ] Henkilökohtainen apu, asiakkaan arvio henkilökohtaisen avun tarpeesta ja määrästä

Pukeutumisessa		tuntia/viikko
Henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa		tuntia/viikko
Ruoka- ja vaatehuollossa		tuntia/viikko
Kodinhoidossa		tuntia/viikko
Muussa asioinnissa		tuntia/viikko
Huollossa tai hoidossa olevan lapsen päivittäisiin toimiin osallistuminen		tuntia/viikko
Työssä tai opiskelussa		tuntia/viikko
Harrastuksissa		tuntia/kuukausi
Yhteiskunnallisessa osallistumisessa		tuntia/kuukausi
Sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämisessä		tuntia/kuukausi
Muussa, missä		tuntia/viikko

TULOSTA TYHJENNÄ LOMAKE

Asiakkaan omat perustelut haettavalle palvelulle, mahdolliset kustannukset ym.

HAKIJAN EHDOTUS HENKILÖKOHTAISEKSI AVUSTAJAKSI

Nimi

Henkilötunnus

Osoite

Postinumero ja -toimipaikka

Puhelin kotiin

Puhelin toimeen

Ammatti

Sukulaissuhde hakijaan

TOIMINTAKYKY (SELVIYTYMINEN PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA)

Liikkuminen

- [ ] Ilman apua tai apuvälineitä
- [ ] Apuvälineiden avustamana, tarvittava apuväline
  - [ ] keppi / kepit
  - [ ] kyynärsauvat
  - [ ] rollaattori
  - [ ] pyörätuoli
  - [ ] muu, mikä
- [ ] Toisten avustamana
- [ ] Liikuntakyvytön

TULOSTA TYHJENNÄ LOMAKE

Miten liikutte sisällä asunnossanne

Miten selviätte portaissa

Miten liikutte ulkona

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään

Ilman apuvälineitä ____ metriä

Apuvälineen kanssa ____ metriä

Syöminen

☐ itsenäisesti ☐ apuvälineillä ☐ tarvitsen apua ☐ täysin autettava

Pukeutuminen

☐ itsenäisesti ☐ apuvälineillä ☐ tarvitsen apua ☐ täysin autettava

Peseytyminen

☐ itsenäisesti ☐ apuvälineillä ☐ tarvitsen apua ☐ täysin autettava

Wc-käynnit

☐ itsenäisesti ☐ tarvitsen apua

Aistitoiminnot

Näkö ☐ hyvä ☐ heikko ☐ sokea

Kuulo ☐ normaali ☐ heikko ☐ kuulolaite ☐ kuuro

Onko erityisiä vaikeuksia kommunikoinnissa tai puheen tuottamisessa

☐ Ei ☐ Kyllä, mitä ____

Miten liikutte ulkona

TULOSTA TYHJENNÄ LOMAKE

ULKOPUOLINEN APU

Saatteko kotihoidon palveluja

☐ Ei ☐ Kyllä, kuinka usein

Mitä palveluja

Auttavatko omaiset teitä

☐ Ei ☐ Kyllä, kuinka usein

Missä asioissa

Auttaako teitä joku muu henkilö (esim. ystävä, naapuri, tukihenkilö)

☐ Ei ☐ Kyllä, kuinka usein

Missä asioissa

Onko teillä voimassa oleva omaishoidon tuen päätös

☐ Ei ☐ Kyllä euroa/kk

ASUMINEN

Asumismuoto

☐ yksin ☐ vanhempien luona ☐ avio- / avopuolison kanssa
☐ sisarusten luona ☐ lasten kanssa ☐ muun henkilön kanssa

Asukkaiden lukumäärä

Asuntotyyppi

☐ tavallinen asunto ☐ tavallinen asunto, johon on tehty asunnon muutostöitä
☐ avio- / avopuolison kanssa ☐ vaikeavammaisten palveluasunto ☐ muu palveluasunto
☐ muu, mikä

Asuntotyyppi

☐ omistusasunto ☐ vuokra-asunto

Asunnon huoneluku (esim. 1 h+kk)

Pinta-ala

TULOSTA TYHJENNÄ LOMAKE

Varustetaso

☐ hissi ☐ ei hissiä

Asuinkerros

Lisätietoja asumisesta

ANSIOTYÖ

☐ Toisen palveluksessa ☐ Itsenäisen ammatin harjoittaja

Työnantaja

Työnantajan osoite

Työpäivien lukumäärä viikossa

Päivittäinen työaika

OPISKELU

Oppilaitoksen nimi ja osoite

Opintojen alkamispäivä

Opintojen päättymispäivä

Opiskelupäivien lukumäärä / kk

ERITYISTIEDOT

Työkyvyttömyysaste %

Vakuutusyhtiö

Vahinkonumero

Saatteko KELAn maksamaa

☐ lapsen hoitotukea euroa

☐ eläkkeensaajan hoitotukea euroa

☐ vammaistukea euroa

TULOSTA TYHJENNÄ LOMAKE

SUOSTUMUS

Tietonne tallennetaan vammaispalvelun henkilörekisteriin. Rekisteriä koskeva tietosuojaseloste on saatavana toimipisteessä sekä internetissä osoitteessa:
Tietosuojaseloste vammaispalveluiden asiakasrekisteri.pdf (vakehyva.fi)

(linkin toimivuus tarkastettu 11.8.2023) tai Vakehyva.fi – Henkilötietojen käsittely (löytyy etusivun alimmaiselta riviltä).

Suostumus hakemuksen käsittelemiseksi välttämättömien tietojen hankkimiseen

☐ Suostun siihen, että työntekijä saa hankkia terveyttäni koskevia tietoja Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen terveyskeskuksen potilasrekisteristä teknisen käyttöyhteyden avulla

Suostun siihen, että työntekijä saa pyytää tietoja Vantaan ja keravan hyvinvointialueen

☐ Terveyskeskuksen potilasrekisteristä
☐ Omaishoidon tuen rekisteristä
☐ Kotipalveluiden rekisteristä
☐ Aikuissosiaalityön rekisteristä
☐ Lastensuojelun rekisteristä
☐ Toimeentulotuen rekisteristä

Sekä

☐ Kansaneläkelaitokselta
☐ Vakuutusyhtiöiltä
☐ HUS alueen kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä

Muu taho (työntekijä lisää tarvittaessa)

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 henkilörekisteriin. Teillä on myös mahdollisuus toimittaa hakemuksen käsittelemiseksi tarpeelliset terveydentilaanne koskevat selvitykset itse. Tällöin työntekijä pyytää teiltä tarvittavat lisäselvitykset.

☐ Haluan itse toimittaa pyydetyt terveydentilaani koskevat tiedot

Mikäli hakemuksen käsittelemiseksi tarvitaan tietoja muista henkilörekistereistä, tullaan pyytämään tietojen saamiseen erillinen suostumus.

PÄIVÄYS JA HAKIJAN ALLEKIRJOITUS

Päiväys | **Allekirjoitus**

Lomakkeen palautusosoite

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue
Vammaisten asiakasohjausyksikkö
PL 137, 01601 VANTAA

TULOSTA | TYHJENNÄ LOMAKE