

Viranomaisen täyttää

Hakemus saapunut ___/___/___

Vireillepano ___/___/___ Selvitys ___/___/___

Vireillepano ___/___/___ Selvitys ___/___/___

VAMMAISPALVELUHAKEMUKSEN TÄYTTÖOHJE

Täyttäkää hakemuksen kaikki kohdat huolellisesti. Selvittäkää tarkoin, miten vamma tai sairaus vaikuttaa hakemaanne palveluntarpeeseen. Vammasta aiheutuvan haitan tulee kestää pääsääntöisesti vähintään yhden vuoden.

Aloitamme palveluiden ja tukitoimien tarpeen selvittämisen viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun hakemus on meille saapunut. Päätöksen saatte kirjeitse kolme kuukauden kuluessa hakemuksesta.

Taloudellisia tukitoimia teidän on haettava kuuden (6) kuukauden kuluessa siitä, kun kustannukset ovat syntyneet.

HAKIJA TÄYTTÄÄ (rasti ruutun ja tarkemmat tiedot kirjallisena):

 Ensimmäinen hakemus Jatkohakemus, edellinen päätös päättyy / päätynyt

1. Hakijan henkilötiedot	Suku- ja etunimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite ja postitoimipaikka	
	Kotipaikka väestötietolain mukaan	
	Puhelinnumero, josta tavoittaa virka-aikana	
	Huoltaja/edunvalvoja, yhteystiedot. (Ohje: Edunvalvoja on maistraatin tai käräjäoikeuden määräämä yksityishenkilö tai yleinen edunvalvoja.)	
	Tilinumero (Ohje: Täyttäkää vain, jos haette kustannuksia tilille tositetta vastaan.)	

<p>2. Mahdollinen yhteyshenkilö</p>	<p>Nimi, yhteystiedot, yhteyshenkilön suhde hakijaan</p>
<p>3. Haettavat palvelut Valitkaa vain se palvelu / ne palvelut, joita tällä hetkellä haette.</p>	<p>Ohje: Pyydettävät tarkennukset kirjataan tämän listan alapuolella olevaan laatikkoon.</p> <p><input type="checkbox"/> Aamu- tai iltapäivähoito (6-17 -vuotiaille) erityishuoltona Ohje: Kirjatkaa hoidon alkamis- ja päättymispäivämäärä, tarkemmin toive hoitopaikasta, hoitopäivän alkamis- ja päättymisaika, lapsen koulu, kuljetuspalvelun tarve. Pyydämme toimittamaan hakemuksen hyvissä ajoin ennen koulujen lukuvuoden alkua, mieluiten 3 kk ennen hoidon alkua.</p> <p><input type="checkbox"/> Asumisen tuki Ohje: Itsenäisesti asuville tukea omaan asuntoon, kirjatkaa monta kertaa viikossa toivotte ohjaajan käyntejä ja millaiseen toimintoon.</p> <p><input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet, koneet ja laitteet Ohje: Asunnon muutostöistä ja asuntoon kuuluvista välineistä, koneista ja laitteista korvataan kohtuulliset kulut. Asunnon muutostöiden tulee olla välttämättömiä vammasta tai pitkäaikaisesta sairaudesta johtuvia. Korvausta voi hakea myös jälkikäteen, jolloin hakemukseen tulee liittää tositteet kuluista ja perustelut muutostöille ja/tai hankitulle/hankituille välineille, koneille, laitteille. Vammaispuolella on oikeus tehdä jälkikäteen tarvearvio välttämättömyydestä voidakseen tehdä korvauspäätöksen.</p> <p><input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet Ohje: Muiden kuin lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin kuuluvista välineistä, laitteista ja koneista liikkumisessa, viestinnässä, henkilökohtaisessa suoriutumisen kotoon tai vapaa-ajan toiminnoissa voidaan suorittaa korvausta vammaiselle henkilölle.</p> <p><input type="checkbox"/> Erityisravintokustannukset</p> <p><input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu Ohje: Henkilökohtainen apu on avustamista välttämättömissä päivittäisissä toiminnoissa, joita tekisitte itse ilman vammaanne tai sairauttanne. Henkilökohtainen apu ei ole hoivaa, hoitoa tai valvontaa. Henkilökohtaisena avustajana ei pääsääntöisesti voi toimia omainen tai muu läheinen henkilö. Kirjatkaa, mihin haette apua: päivittäisiin toimintoihin, harrastuksiin, asiointiin, opiskeluun, työhön. Kirjatkaa kuinka monta tuntia apua päivässä / viikossa /kuukaudessa haette. Keneltä saatte tällä hetkellä apua, esim. omaiselta, ostate itse, Sosterin kotihoidosta tai joltakin yhdistykseltä. Kirjaa monta tuntia päivässä ja kuinka usein saat apua. Kerro onko sinulle myönnetty omaishoidontuki.</p> <p><input type="checkbox"/> Loma-ajanhoito (6-17 -vuotiaille) Ohje: Kirjatkaa hoidon alkamis- ja päättymispäivämäärä, tarkemmin toive hoitopaikasta, hoitopäivän alkamis- ja päättymisaika, kuljetuspalvelun tarve. Pyydämme toimittamaan hakemuksen hyvissä ajoin, <u>mieluiten 3 kk ennen hoidon alkamista ja kesäajanhoito 30.4. mennessä.</u></p>

	<p><input type="checkbox"/> Lyhytaikainen palveluasuminen tai lyhytaikainen tehostettu palveluasuminen Ohje: Kirjatkaa mille ajanjaksolle ja mihin paikkaan haette lyhytaikaista palveluasumista. Kertokaa onko teille myönnetty omaishoidontuki ja</p> <p><input type="checkbox"/> Palveluasuminen tai tehostettu palveluasuminen Ohje: Kirjatkaa mahdollinen oma ehdotuksenne asuinpaikasta.</p> <p><input type="checkbox"/> Perhehoito Ohje: Kirjatkaa mille ajanjaksolle haette perhehoitoa ja kenelle perhehoitajalle. Kertokaa onko teille myönnetty omaishoidontuki ja onko omaishoidon vapaat käytetty.</p> <p><input type="checkbox"/> Varhaiskasvatus erityishuoltona (kuntouttava päivähoito)</p> <p><input type="checkbox"/> Päivä- tai työtoiminta, avotyö, tuettu työ Ohje: Kirjatkaa mitä palvelua haette ja kuinka monena päivänä viikossa haluatte osallistua toimintaan sekä kertokaa tarvitsetteko kuljetuspalvelua kyseiseen toimintaan. Kertokaa pystyttekö käyttämään julkisia kulkuvälineitä itsenäisesti vai tarvitsetteko kuljetuspalvelua linja-autolla tai taksilla.</p> <p><input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus Ohje: Tällä hakemuksella haette sopeutumisvalmennusta, jota Kela ei myönnä. Sopeutumisvalmennuksena haetaan myös tukiviittomien opetusta ja materiaaleja, AAC -ohjausta, liikkumistaidon ohjausta tai asumisvalmennusta.</p> <p><input type="checkbox"/> Ylimääräiset vaatekustannukset</p> <p><input type="checkbox"/> Muu, mikä Huom! Kuljetuspalvelua haetaan vaikeavammaisten kuljetuspalveluhakemuksella.</p>
	<p>Kirjaa pyydetyt tarkennukset hakemastasi palvelusta tähän kohtaan.</p>

	<p>Saatteko haettuun palveluun tai kustannuksiin korvausta muualta?</p> <p><input type="checkbox"/> En saa</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä saan, mistä?</p>
<p>4. Toimintakykyyn vaikuttavat vammat tai sairaudet sekä ajankohta milloin olette saanut diagnoosin</p>	
<p>5. Selvitys, miten vamma tai sairaus vaikeuttaa liikkumista ja toimintakykyä</p>	

<p>Näkö</p> <p><input type="checkbox"/> näen hyvin <input type="checkbox"/> silmälasien kanssa melko normaali</p> <p><input type="checkbox"/> huomattavasti rajoittunut <input type="checkbox"/> olen sokea</p>
<p>Kuulo</p> <p><input type="checkbox"/> Kuulen hyvin <input type="checkbox"/> kuulolaitteen kanssa melko normaali</p> <p><input type="checkbox"/> huomattavasti alentunut <input type="checkbox"/> olen kuuro</p>
<p>Kommunikointi / ilmaisukyky</p> <p><input type="checkbox"/> normaali puheen <input type="checkbox"/> puheen tuottamisen häiriö <input type="checkbox"/> puheen ymmärtämisen häiriö <input type="checkbox"/> ilmaisen itseäni pääasiassa elein ja ilmein <input type="checkbox"/> käytän korvaavia menetelmiä, mitä?</p>
<p>Muisti</p> <p><input type="checkbox"/> normaali, aikaan ja paikkaan orientoitunut <input type="checkbox"/> alentunut</p> <p><input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> diagnosoitu muistisairaus</p>

MUU TOIMINTAKYKY

<p>Pukeutuminen</p> <p><input type="checkbox"/> pukeudun itse <input type="checkbox"/> tarvitsen apua tai ohjausta pukeutumisessa</p> <p><input type="checkbox"/> pukeutumisessa täysin autettava</p>
<p>Ruokailu</p> <p><input type="checkbox"/> syön itse <input type="checkbox"/> tarvitsen apua tai ohjausta syömisessä</p> <p><input type="checkbox"/> syötettävä <input type="checkbox"/> letkuravinto</p>
<p>WC-toiminnot</p> <p><input type="checkbox"/> selviydyn itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsen apua tai ohjausta <input type="checkbox"/> vaipat <input type="checkbox"/> katetri</p>
<p>Peseytyminen</p> <p><input type="checkbox"/> peseydyn itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsen apua tai ohjausta <input type="checkbox"/> täysin autettava</p>
<p>Käyttäytyminen</p> <p><input type="checkbox"/> normaali / ei haastavaa käyttäytymistä <input type="checkbox"/> yksin viihtyvä</p> <p><input type="checkbox"/> seurallinen <input type="checkbox"/> aggressiivinen</p> <p><input type="checkbox"/> haastavaa käyttäytymistä, millaista?</p> <p>Muuta huomioitavaa käyttäytymisessä?</p>

ASUMINEN

<p><input type="checkbox"/> omakotitalo, kerrosten määrä</p> <p>Missä kerroksessa ovat pesutilat?</p> <p>Missä kerroksessa WC sijaitsee?</p> <p>Onko kuljettava portaissa päästäkseen pesutiloihin tai WC:hen?</p>

Montako askelmaa portaikossa on? **rivitalo**, kerrokset

Missä kerroksessa ovat pesutilat?

Missä kerroksessa WC sijaitsee?

Onko kuljettava portaissa päästäkseen pesutiloihin tai WC:hen?

Montako askelmaa portaikossa on?

 paritalo, kerrokset

Missä kerroksessa ovat pesutilat?

Missä kerroksessa WC sijaitsee?

Onko kuljettava portaissa päästäkseen pesutiloihin tai WC:hen?

Montako askelmaa portaikossa on?

 hissillinen kerrostalo **hissitön kerrostalo**, kerrokset

Asuinkerros kerrostalossa?

 jokin muu, mikä?

Asutteko yksin vai jonkun kanssa, kenen? Mikä on suhteenne asuinkumppaniin?

Asun asumispalveluyksikössä, missä?

Olen pysyvästi laitoshoidossa, missä?

Oma näkemykseni avun tarpeesta ympäri vuorokauden päivittäin viikoittain kuukausittain harvemmin

8. Lisätietoja	
9. Hakemuksen täyttämässä auttoi	Nimi: Yhteystiedot:
10. Liitteet	<p>Ohje: Kun haette palvelua ensimmäistä kertaa tai terveydentila tai toimintakykynne on muuttunut, tarvitsemme terveydenhuollon asiantuntijan lausunnon liitteeksi. Se voi olla lääkärinlausunto, hoito- tai sairauskertomus tai muu terveydenhuollon asiantuntijan lausunto.</p> <p>Lausunnossa tulee näkyä diagnoosi sekä tarkka kuvaus toimintakyvystä suhteessa haettavaan palveluun.</p> <p>Tarvitsemme palvelun tai tuotteen tarjoajan kustannusarvion, kun haet välineitä, koneita tai laitteita, erityisvaatekustannuksia, erityisravintokustannuksia. Erityisravintokustannuksia haettaessa liitä hakemukseen ravitsemusterapeutin lausunto. Kalliimpien kustannusten kohdalla tarvitsemme pääsääntöisesti vähintään kaksi kustannusarviota. Asunnonmuutostöihin tarvitsemme liitteeksi rakennusluvan tai taloyhtiön tai vuokranantajan luvan muutostöille.</p> <p>Korvausta kustannuksista on haettava 6 kuukauden kuluessa kustannusten syntymisestä.</p> <p><input type="checkbox"/> Lääkärin lausunto</p> <p><input type="checkbox"/> Hoito- tai sairauskertomus</p> <p><input type="checkbox"/> Muun terveydenhuollon asiantuntijan lausunto</p>

	<input type="checkbox"/> Kustannusarvio _____ kappaletta <input type="checkbox"/> Kopio edunvalvojan määräyksestä <input type="checkbox"/> Kopio verotuspäätöksestä ja sen erittelyosasta (ei selvitys ennakonpidätysperusteista) <input type="checkbox"/> Pankkien selvitys säästöistä (tai kopio tiliotteesta, jos säästöjä ei ole) <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
11. Suostumus tietojen hankkimiseen, päiväys ja allekirjoitus	<p>Hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 § 14 - 20).</p> <p><input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu</p> <hr/> <p>Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi</p> <p>Päiväys _____ Allekirjoitus _____</p>
12. Palautusosoite	Itä-Savon sairaanhoitopiirin ky Sosteri Vammaispalvelu / Hakemus PL 111 57101 Savonlinna

Asiakastietonne rekisteröidään Itä-Savon sairaanhoitopiirin Sosterin asiakastietojärjestelmään.