



- Tarvitaan uusi lääkärintlausunto  
 Ei tarvita uutta lääkärintlausuntoa

<b>HENKILÖTIEDOT</b>	Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
	Perhesuhde <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	
<b>VAMMAISUUTTA JA ELINOLOSUHTTEITA KOSKEVAT TIEDOT</b>	<b>Vammaisuuden aiheuttaja</b> (vamman tai sairaus). Millaisia vaikeuksia liikkumisessanne esiintyy?	
	<b>Käytättekö apuvälineitä</b> <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä _____	
	<b>Asutteko yksin</b> <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en, keitä perheenjäseniä asuu kanssanne _____	
	<b>Lähin omaisenne</b> Nimi _____ Puhelin _____ Osoite _____	
	<b>Saatteko kodinhoidon palveluja</b> <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, minkälaisia ja kuinka usein _____ _____	
	<b>Tarvitsetteko apua seuraavissa päivittäisissä toiminnoissa</b> <input type="checkbox"/> ruoanlaitossa <input type="checkbox"/> kaupassa käynnissä, postissa, pankissa yms. asioiden hoidossa Kuka auttaa _____	
	<b>Onko perheessänne auto</b> <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> Ei Miten olette kulkenut tähän asti _____ _____	

	<p><b>Voitteko käyttää julkisia liikennevälineitä</b></p> <p><input type="checkbox"/> kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> en, kuvaillaa millä tavalla vammanne tai sairautenne estää Teitä käyttämästä julkisia liikennevälineitä _____</p> <p>_____</p> <hr/> <p><b>Kuinka pitkä matka Teillä on</b></p> <p>pysäkille _____ km</p> <p>keskustaan _____ km</p> <hr/> <p><b>Jos asuinalueellanne liikennöi palveluliikenne, voitteko käyttää sitä</b></p> <p><input type="checkbox"/> kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> en, miksi _____</p> <hr/> <p><b>Jos asuinalueeltanne tulee koulukuljetuksia, voitteko käyttää niitä</b></p> <p><input type="checkbox"/> kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> en, miksi _____</p>
	<p><b>Saattaja on tarpeellinen, jos taksin / invataksin apu ei riitä.</b></p> <p>Onko saattaja välttämätön käyttäessänne kuljetuspalvelua?</p> <p>_____</p> <p>Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla?</p> <p>_____</p> <p>Onko tiedossanne henkilö, joka voi toimia saattajana?</p> <p>_____</p>
<b>MATKOJEN LUKUMÄÄRÄ</b>	<p><b>Tarvitsen yhdensuuntaisia matkoja seuraavasti</b></p> <p>(valitkaa vaihtoehdoista jompikumpi, kuukausi tai vuosi)</p> <p><input type="checkbox"/> kuukaudessa _____ yhdensuuntaista matkaa</p> <p><input type="checkbox"/> vuodessa _____ yhdensuuntaista matkaa</p>
<b>LISÄTIETOJA</b>	
<b>PÄIVÄYS</b>	
<b>ALLEKIRJOITUS</b>	

**Liitteeksi lääkärintodistus** tai terveydenhoitoviranomaisen todistus (aikaisemmin hakeneilta vain pyydettyessä). Lääkärintodistuksen on oltava sellainen, missä on kuvattu vamman tai sairauden aiheuttamaa vaikeutta liikkumisessa ja julkisten liikennevälineiden käytössä.

### Lomakkeen palautus

Kärsämäen kunta  
 Sosiaalitoimi, vammaispalvelut  
 Keskuskatu 14  
 86710 Kärsämäki