

Sosiaalihuoltolain (23 §:n) mukaan esteetön ja toimiva julkinen joukkoliikenne mukaan lukien kutsu- ja palveluliikenne on ensisijainen tapa järjestää kaikille soveltuva liikkuminen. Liikkumisen tukipalveluita järjestetään henkilöille, jotka eivät kykene itsenäisesti käyttämään julkisia liikennevälineitä sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn takia ja jotka tarvitsevat palvelua asioimisen tai muun jokapäiväiseen elämään kuuluvan tarpeen vuoksi.

Palveluja voidaan järjestää sellaisille henkilöille, jotka eivät ole oikeutettuja vaikeavammaisten kuljetuspalveluihin, mutta joiden toimintakyky on merkittävästi heikentynyt ikääntymisen tai muun syyn vuoksi ja jos hakija ei pysty käyttämään julkisia joukkoliikennevälineitä, eikä palvelulinja Kymppikyttä.

Palvelu on määrärahasidonnainen ja palvelua haettaessa huomioidaan myös hakijan tulot. Etusijalle asetetaan ne hakijat, joiden tulot alittavat seuraavat rajat: yksin asuva henkilö, jonka bruttokuukausitulot ovat enintään 1764 €/kk ja pariskunta, jonka bruttokuukausitulot ovat enintään 3252€/kk. Bruttotuloina huomioidaan mahdolliset palkkatulot, kaikki eläketulot, eläkettä saavan hoitotuki ja mahdolliset omaisuuden tuotosta saatavat tulot. Asumistukea ei tässä kohdassa lueta tuloksi.

Kuljetuspalvelukorttia ei saa käyttää lääkäri-, sairaala- ja kuntoutusmatkoihin.

Terveystuomattomien matkoihin on mahdollista tilata Kela-taksi alueellisesta tilausnumerosta 0800 130 001.

Täytä hakemus huolellisesti, se nopeuttaa asian käsittelyä. Kuvaile tarkasti, miten sairaus, vamma tai muu toimintakykyä alentava syy vaikuttaa liikkumiseesi. Vammasta aiheutuvan haitan tulee pääsääntöisesti olla pitkäaikainen, eli vähintään vuoden kestävä. Kun päätös on tehty, lähetämme sen teille postitse.

HENKILÖTIEDOT	
Hakijan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puh. josta tavoittaa päivisin
Postinumero ja -toimipaikka	Vakinainen asuinkunta
Yhteyshenkilön/Edunvalvojan yhteystiedot	
Asutko kotona? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En, hoitokodin/laitoksen nimi:	
VAMMAISUUTTA TAI SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT	
Vamma/sairaus ja miten vammanne tai sairautenne haittaa liikkumistanne?	
Kuinka monta metriä pystytte kävelemään yhtäjaksoisesti apuvälineen kanssa ulkona kesällä?	

TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Liikkuminen

 Liikun ilman apua/apuvälineitä En voi liikkua ilman apuvälineitä tai avustajaa, miksi?

Käytän seuraavia apuvälineitä

 Keppi Kynärsauvat Rollaattori Pyörätuoli

Miten selviydyt portaissa?

 Itsenäisesti Taluttajan/avustajan kanssa En pysty kulkemaan portaita

Näkö

 Hyvä Silmälasien kanssa hyvä Huomattavasti alentunut Sokea

Kuulo

 Hyvä Vähän alentunut Huomattavasti alentunut Kuuro

Muuta huomioitavaa toimintakyvyssä/käyttäytymisessä (esim.muistisairaus tai kognitiivinen haitta):

KULJETUSPALVELUN TARVE

Pystytkö liikkumaan julkisilla kulkuneuvoilla?

 Linja-autolla Matalalattiabussilla Kymppikyydillä En pysty, miksi?

Mikä on etäisyys asunnostanne lähimmälle linja-autopysäkille?

_____ m

Onko taloudessanne käytettävissä autoa?

 Kyllä Ei

Millaisille matkoille tarvitsette kuljetuspalvelua?

Kuinka montaa yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa tarvitsette?

Haen esteettömän taksin (invataksi) käyttöoikeutta, koska

 Käytän pyörätuolia, jota ei voi taittaa kasaan Muu syy, mikä?

Liikkuminen asioimis- ja vapaa-ajan matkoilla tällä hetkellä

 Kävelen Linja-auto Oma auto Taksi Ystävän/läheisen auton kyydissä
 Muu, mikä?

LIITTEET

Pyydämme toimittamaan seuraavat liitteet:

- Tulokset
- Lääkärinlausunto tai terveydenhuollon asiantuntijan, esim. fysioterapeutin tai kotihoidon sairaanhoitajan lausunto hakijan terveydentilasta. **Lausunnosta tulee selvittää hakijan toimintakyky, liikuntarajoitteisuus, miten ja kuinka paljon vamma tai sairaus haittaa julkisten liikennevälineiden käyttöä, sekä muut mahdolliset yleisten liikennevälineiden käyttöä vaikeuttavat tekijät. Lausunto ei saa olla vuotta vanhempi.**

SUOSTUMUS

Suostun **asian käsittelyssä tarpeellisten** tietojen antamiseen tai hankintaan muilta viranomaisilta, kuten Paimion-Sauvon terveyskeskuksesta ja Paimion kaupungin kotihoidosta. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000 § 14-20).

Kyllä En, toimitan tiedot itse.

Suostun siihen, että hakemustani voidaan käsitellä sosiaalipalveluiden, terveydenhuollon ja ikäihmisten palveluiden moniammatillisessa työryhmässä, jossa on viranhaltijoita kaikista yksiköistä.

Kyllä En

Suostun siihen, että kotihoitoon/tehostettuun palveluasumiseen toimitettuja tulotietoja saa käyttää asian ratkaisussa.

Kyllä Ei, toimitan tiedot itse.

Asiakastietonne rekisteröidään Paimion kaupungin Pro Consona asiakastieto-järjestelmään.

ALLEKIRJOITUS

_____ Hakijan tai tämän edustajan allekirjoitus