

Saapumispäivä / 20 Saapunut sähköisesti

Hakijan henkilötiedot		
Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Kotiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Ammatti		Kotipaikka väestötietolain mukaan
Puhelin kotiin	Matkapuhelin	Puhelin toimeen
Sähköpostiosoite		
Jos hakija ei asu kunnassa, josta palvelua haetaan, miksi palvelua haetaan kunnasta?		
Hakijan ilmoittama osoite, joka poikkeaa yllä olevasta väestörekisteriosoitteesta		
Kuvaus vamman aiheuttamasta haitasta		
Vamma tai sairaus (Ajantasainen alle 6 kk vanha lääkärinlausunto)		
Vamman tai sairauden haitat jokapäiväisissä toiminnoissa. <i>Kuvaile, millä tavoin vamma tai sairaus häiritsee esimerkiksi syömistä, pukeutumista, peseytymistä, WC-käyntejä, liikkumista tai kommunikointia.</i>		
Hakijan käytössä olevat apuvälineet		
Keneltä saatte apua/hoittoa		
Saatteko kotipalvelua/kotihoitoa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Jos saatte, niin kuinka usein?	
Mitä muita palveluja ja tukitoimia saatte? Mitä erityishuollon palveluja, terapioiden tai Kelan myöntämiä palveluita tai etuuksia saatte? <i>Onko teille myönnetty omaishoidontukea tai muita kotona asumista tukevia palveluja? Kuinka usein ja missä asioissa saatte apua omaisilta, ystäviltä, tukihenkilöiltä, naapureilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta?</i>		

Vammaispalvelusta haettavat palvelut (valitse yksi tai useampi palvelu)	
<input type="checkbox"/> Palveluasuminen/asumispalvelut	<input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennuksen viittomakielen opetukseen liittyvä tulkkitoiminta
<input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus	<input type="checkbox"/> Vammasta aiheutuvat erityiskustannukset (esim. vaatetus tai erityisravinto)
<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu	<input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet
<input type="checkbox"/> Päivä- ja työtoiminta	<input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet
<input type="checkbox"/> Muu, mikä	
Erittely haettavasta palvelusta. <i>Kuvaile, millä tavoin hakemasi palvelu/tukitoimi auttaisi sinua suoriutumaan jokapäiväisistä toiminnoista.</i>	
Arvioidut kustannukset mikäli haettavan palvelun kustannukset tiedossa, euroa.	
Saatteko palvelua tai korvausta samaan tarkoitukseen muualta, mistä?	
Suostumus	
Suostun siihen, että työntekijä saa pyytää/hankkia asianne käsittelyn kannalta välttämättömiä tietoja Oulun kaupungin <ul style="list-style-type: none">- terveydenhuollon potilasrekisteristä- ikäihmisten asiakasrekisteristä- omaishoidon tuen rekisteristä- sosiaalityön asiakasrekisteristä- lastensuojelun asiakasrekisteristä- toimeentulotuen asiakasrekisteristä sekä <ul style="list-style-type: none">- Kansaneläkelaitokselta- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä- vakuutusyhtiöiltä	
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 asiakasrekisteriin. Mikäli hakemuksen käsittelemiseksi tarvitaan tietoja muista henkilörekistereistä, tullaan pyytämään tietojen saamiseen erillinen suostumus.	
Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 20 §:n mukaan valtion ja kunnan viranomaisen sekä muu julkisoikeudellinen yhteisö, kansaneläkelaitos, eläketurvakeskus, eläkesäätiö ja muu eläkelaitos, vakuutuslaitos, koulutuksen järjestäjä, sosiaalipalvelun tuottaja, terveyden- ja sairaudenhoitotoimintaa harjoittava yhteisö tai toimintayksikkö sekä terveydenhuollon ammattihenkilö ovat velvollisia antamaan sosiaalihuollon viranomaiselle sen pyynnöstä maksutta ja salassapitosäännösten estämättä hallussaan olevat sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset, jotka viranomaiselle laissa säädetyn tehtävän vuoksi ovat välttämättömiä asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi, sosiaalihuollon järjestämiseksi ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseksi sekä viranomaiselle annettujen tietojen tarkistamista varten.	
Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia, jotka ovat hakemuksen käsittelyssä tarpeellisia. <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu	

Pankkiyhteys, johon tukeen tai palveluun liittyvät maksut maksetaan	
Tilinumero	
Lisätietoja	
Edunvalvojan/muun yhteyshenkilön yhteystiedot. Vakuutusyhtiö ja vahinkonumero, mikäli vakuutusyhtiö korvaa hakemastanne palvelusta aiheutuvia kustannuksia.	
Tietojen oikeellisuus	
<input type="checkbox"/> Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja sitoudun antamaan päätöksen tekoon tarvittavat tiedot sekä ilmoittamaan tilanteessani tapahtuvista muutoksista päätöksen voimassaolon aikana. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 12 §, Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3 a §, Hallintolaki 31 §). Asiakastietonne rekisteröidään toimipisteen asiakastietojärjestelmään ja tiedot on säädetty salassa pidettäväksi. Asiakkaalla on oikeus tarkistaa itseään koskevat asiakasrekisteritiedot esittämällä allekirjoitettu pyyntö rekisterinpitäjälle. (Henkilötietolaki 26 § ja 28 §)	
Päiväys ja allekirjoitus	
Paikka ja aika	Allekirjoitus ja nimenselvennys
Postitse toimitettavat liitteet	
<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus * <input type="checkbox"/> Kustannusarvio <input type="checkbox"/> Kopio edunvalvojan määräyksestä, jos Teille on määrätty edunvalvoja.	
<input type="checkbox"/> Muu, mikä	
* Tarvitaan vammaispalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa tai olosuhteiden muuttuessa.	