

Jätettyjä henkilötietoja käsitellään henkilötietolain (PUL) mukaisesti. Annat luvan jättämiesi tietojen tallentamiseen ja muokkaamiseen viraston/lautakunnan rekisterissä. Sinulla on oikeus vaatia otetta niistä ja niiden korjaamista.

Lomake lähetetään/jätetään osoitteeseen:
Håbo kommun
Myndighetsenheten, färdtjänsthandläggare
746 80 Bålsta

Hakija

Sukunimi ja etunimet		
Osoite	Postiosoite	
Sähköposti		
Henkilönumero	Puhelin kotiin	Matkapuhelin

Hakemuksen teossa on auttanut Kopio uskotun miehen/edunvalvojan todistuksesta ja asiamiehen valtakirjasta tulee oheistaa hakemukseen.

Nimi	Puhelin
Osoite	Postiosoite
Sähköposti	
Suhde hakijaan	

Toimintaeste (tyyppi ja vaikeusaste)

Kuvaile, millä tavalla ja missä määrin sinun on vaikea liikkua omatoimisesti tai käyttää julkisia liikennevälineitä. Ilmoita näkyvät ja/tai näkymättömät toimintaesteet (esim. heikentynyt kävelykyky ja suuntavaisto, allergiat, fobiatilat tai muut vastaavat).

--

Käytän apuvälineitä

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Useimmiten	<input type="checkbox"/> Toisinaan	<input type="checkbox"/> Harvoin
-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Apuvälineet

<input type="checkbox"/> Tuki/apu toiselta henkilöltä	<input type="checkbox"/> Tukikeppi	<input type="checkbox"/> Kainalosauvat	<input type="checkbox"/> Kävelytuoli
<input type="checkbox"/> Vammaisajoneuvo	<input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli/kolmipyörä	<input type="checkbox"/> Taitettava pyörätuoli	<input type="checkbox"/> Rollaattori
<input type="checkbox"/> Valkoinen keppi, vaikea näkövamma	<input type="checkbox"/> Tunnistekeppi, näkövamma	<input type="checkbox"/> Opaskoira	<input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä
<input type="checkbox"/> Muu käytetty apuväline			
Käytän pyörätuolia ja pystyn siirtymään siitä toiselle istuimelle		<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Pystyn liikkumaan ulkona apuvälineillä:		Kesällä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Talvella <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei



Kommentti

Toimintaesteen pysyvyys

<input type="checkbox"/> 6–12 kuukautta	<input type="checkbox"/> Pysyvä	Lääkäriin lausunto oheistetaan	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
<input type="checkbox"/> Yli 12 kuukautta	<input type="checkbox"/> Epävarma	Tutkiva lääkäri lähettää lääkärin lausunnon suoraan	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei

Kävelykyky

<input type="checkbox"/> Selviän rapuista yksin	<input type="checkbox"/> Selviän rapuista tukikaiteella	<input type="checkbox"/> Selviän vähistä rapuista	<input type="checkbox"/> En selviä rapuista
Pystyn kävelemään mahdollisten apuvälineiden avulla:		Korkeintaan ____ metriä	Käyt. aika ____ minuuttia
Matka lähimmälle pysäkillä:	Bussi ____ metriä	Palvelulinja ____ metriä	Paikallisjuna ____ metriä
Kävelytiet asunnon lähellä:	<input type="checkbox"/> Ei huomautettavaa	<input type="checkbox"/> Ovat mäkisiä	<input type="checkbox"/> Niissä on rappuja

Kommentti

Nykyinen matkustustapa

<input type="checkbox"/> Pystyn käyttämään bussia	<input type="checkbox"/> Pystyn käyttämään junaa	<input type="checkbox"/> Pystyn käyttämään paikallisjunaa	<input type="checkbox"/> Pystyn matkustamaan yksin
<input type="checkbox"/> En pysty käyttämään bussia	<input type="checkbox"/> En pysty käyttämään paikallisjunaa	<input type="checkbox"/> En pysty käyttämään junaa	<input type="checkbox"/> En pysty matkustamaan yksin
<input type="checkbox"/> Käytän muuta liikennevälinettä:			
Pystyn käyttämään julkista liikennettä yksin		Kesällä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Talvella <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

Kommentti

Hakemus koskee seuraavia matkoja

<input type="checkbox"/> Kaikentyypiset matkat	<input type="checkbox"/> Työhön liittyvät matkat	<input type="checkbox"/> Opintoihin liittyvät matkat	<input type="checkbox"/> Matkat vapaa-ajalla
<input type="checkbox"/> Muuta:			

Kommentti

Avuntarve (Tarvitsen...)

<input type="checkbox"/> Apua autoon/autosta siirtymiseen	<input type="checkbox"/> Lisää jalkatila autossa	<input type="checkbox"/> Kallistettavan istuinosan autossa
<input type="checkbox"/> Allergiasaneeratun auton	<input type="checkbox"/> Opaskoiran matkalla	<input type="checkbox"/> Yhteiskuljetus ei sovi minulle
<input type="checkbox"/> Pyörätuolille sopeutetun auton	<input type="checkbox"/> Sähköpyörätuolille sopeutetun auton	<input type="checkbox"/> Etuistuimen, kärsii matkapahoinvoinnista
<input type="checkbox"/> Saattajan meno- ja paluumatkalle – Pidä mielessä, että saattaja-apu myönnetään vain, jos se on edellytys matkan suorittamiselle		
<input type="checkbox"/> Muuta:		

* Avuntarve

Kommentti

Suostumus

Vakuutan, että jättämäni tiedot ovat oikeita ja että minun on sairauden tai toimintaesteen vuoksi erittäin vaikeaa liikkua omin avuin tai käyttää julkista liikennettä.
 Jos tilani muuttuu siten, että en enää tarvitse kuljetuspalvelua, ilmoitan tästä välittömästi kuljetuspalvelulle.
 Suostun siihen, että lääkäriini, joka kirjoittaa lausunnon, ja tietyissä tapauksissa myös kunnan virkamiehiin sekä terveyden- ja sairaanhoitoon, voidaan ottaa yhteys kuljetuspalveluselvitykselle tarpeellisten tietojen hankkimiseksi.

Paikka ja aika

Hakijan allekirjoitus

Mahdollisen uskotun miehen / edunvalvojan / huoltajan allekirjoitus