



Saapumispäivä  
\_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

### Palveluja tarvitsevan henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
_____	_____	
Osoite	Puhelin kotiin	Puhelin toimeen
_____	_____	_____

### Tarvittavat palvelut

Palvelutarpeen arviointi

#### 1. ASUMINEN

Asunnon muutostyöt, mitä ja arvioidut kustannukset

\_\_\_\_\_

Asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet, mitä ja arvioidut kustannukset

\_\_\_\_\_

Palveluasuminen

Tukiasunto

Muu, mikä? \_\_\_\_\_

#### 2. SOSIAALINEN KUNTOUTUS JA TYÖ

Kuntoutusohjaus

Sopeutumisvalmennus

Työtoiminta vammaisille

Päivätoiminta vammaisille

#### 3. TOISEN HENKILÖN AVUN TARVE

Tilapäishoito/perhehoito vammaisille

\_\_\_\_\_

Henkilökohtainen apu

Arvioitu tarvittava tuntimäärä \_\_\_\_\_

Tukihenkilö

Arvioitu tarvittava tuntimäärä \_\_\_\_\_

Ehdotus tukihenkilöksi/henkilökohtaiseksi avustajaksi:

Nimi ja yhteistietoja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. MUU, MIKÄ?

## **Terveydentilaan, vammaan tai sairauteen liittyvät tiedot**

1. Lyhyt kuvaus henkilön terveydentilasta, apuvälineiden käytöstä ym.
2. Vamma tai sairaus
3. Missä ja milloin aiheutunut

## **Lisätietoja**

Esimerkiksi oma näkemys palvelun tarpeen syystä, lyhyt kuvaus seikoista, jotka vaikeuttavat selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa

Huoltajan tai muun yhteyshenkilön nimi, osoite ja puhelin

## **Allekirjoitus**

Samalla valtuutan palvelun/palvelujen antamisesta päättävän viranomaisen hankkimaan tarvittavat tiedot päätöksentekoa varten.



Paikka, päivämäärä ja allekirjoitus \_\_\_\_\_

## **Liitteet**

Ilmoitukseen voi liittää tarvittaessa tilannetta selventäviä sosiaali- ja terveydenhuollon tai muun asiantuntijan lausuntoja, kustannusarvio, laadittu kuntoutussuunnitelma yms.

8.12.2015 I:\Kvalitetshandbok\Socialomsorgen\Blanketter\Hakemus Toimintarajoitteisen henkilön palvelutarve.doc

### **Hakemus lähetetään osoitteeseen**

Pietarsaaren kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto  
Vammaishuolto/ Kunnan nimi  
PL 111  
68601 PIETARSAARI