



Nikkarinkuja 8  
PL 24  
21381 Aura

Saapumispäivä

<b>HENKILÖTIEDOT</b>					
Hakijan nimi:					
Henkilötunnus:					
Puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin:					
Vakinainen asuinkunta:					
Osoite:					
Postinumero ja –toimipaikka:					
Ammatti:					
Sähköpostiosoite:					
Siviilisääty:	<table border="1"><tr><td>Naimaton <input type="checkbox"/></td><td>Avio- /Avoliitossa/Rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/></td><td>Eronnut <input type="checkbox"/></td><td>Leski <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Naimaton <input type="checkbox"/>	Avio- /Avoliitossa/Rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/>	Eronnut <input type="checkbox"/>	Leski <input type="checkbox"/>
Naimaton <input type="checkbox"/>	Avio- /Avoliitossa/Rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/>	Eronnut <input type="checkbox"/>	Leski <input type="checkbox"/>		
Samassa taloudessa asuvat henkilöt:	<table border="1"><tr><td>Asun yksin <input type="checkbox"/></td><td>Asun seuraavien henkilöiden kanssa (nimi ja syntymävuosi) <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Asun yksin <input type="checkbox"/>	Asun seuraavien henkilöiden kanssa (nimi ja syntymävuosi) <input type="checkbox"/>		
Asun yksin <input type="checkbox"/>	Asun seuraavien henkilöiden kanssa (nimi ja syntymävuosi) <input type="checkbox"/>				
Pankki ja tilinumero:					
<b>VAMMAISPALVELUN NOJALLA HAETTAVA PALVELU:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Asunnonmuutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet</li><li><input type="checkbox"/> Palveluasuminen</li><li><input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, koneet ja laitteet</li><li><input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus</li></ol>				



	5. <input type="checkbox"/> Muu, mikä  <b>HUOM! Kuljetuspalvelua ja henkilökohtaista avustajaa haetaan erillisellä hakemuksella.</b>
<b>ERITTELY HAETTAVASTA PALVELUSTA:</b>	
<b>ARVIOIDUT KUSTANNUKSET:</b>	
Saatteko tämän sairauden tai vamman perusteella palvelua tai korvausta tapaturmasta, liikennevahingosta, potilasvahingosta tai sotilasvammasta?	Kyllä, mitä ja mistä? <input type="checkbox"/>  En <input type="checkbox"/>
Onko teille myönnetty aikaisemmin tässä hakemuksessa haettavia palveluita?	Ei <input type="checkbox"/>  Kyllä <input type="checkbox"/>  Jos on, niin mitä?
<b>KUVAUS VAMMAN AIHEUTTAMASTA HAITASTA:</b>	
Vamma tai sairaus	
Vamman tai sairauden haitat jokapäiväisissä toiminnoissa	
Keneltä saatte apua / hoitoa?	
Saatteko kotihoitoa?	En <input type="checkbox"/>  Kyllä, kuinka usein? <input type="checkbox"/>



<b>ALLEKIRJOITUS JA SUOSTUMUS</b>	<p style="text-align: center;">/            20</p> <hr/> <p>Päiväys</p> <hr/> <p>Allekirjoitus ja nimen selvennys</p> <p>Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.</p> <p>Suostun <input type="checkbox"/></p> <p>En suostu <input type="checkbox"/></p>
Liitteet:	Lääkärintlausunto <input type="checkbox"/> Kustannusarvio <input type="checkbox"/> Muu , mikä <input type="checkbox"/>