



AURAN KUNTA
Liikkumista tukevat palvelut
Shl – kuljetuspalvelut

Sosiaalihuoltolain mukaisten liikkumista tukevien kuljetuspalvelujen myöntämisperusteet
1.8.2018 alkaen.

1. Hakijalla tulee olla kotikuntalainen mukainen kotipaikka Aurassa.
2. Hakijalla on suuria vaikeuksia liikkumisessa ja julkisen joukkoliikenteen käyttämisessä
3. Hakija asuu kotonaan, eikä saa liikkumiseen tukea muiden säädösten nojalla. Kuljetuspalvelu ei korvaa esimerkiksi terveydenhuoltoon liittyviä matkoja, joihin Kela myöntää korvausta.
4. Hakijan tuloina huomioidaan kaikki hakijan bruttotulot, ohjeellisenä tulo rajana 1500 €/kk.
5. Palvelu on tarkoitettu kauppa- ja asiointimatkoihin Auran kunnan alueella.
6. Palvelua myönnetään enintään 8 yhdensuuntaista taksimatkaa kuukaudessa.
7. Palvelua haetaan kirjallisesti ja se myönnetään määräajaksi, enintään vuodeksi kerrallaan. Mikäli samaan kuljetukseen osallistuu useampia henkilöitä, tulee taksin periä jokaiselta matkustajalta heidän osuutensa matkakustannuksista. Palvelua käyttävällä saa kuitenkin olla mukanaan avustaja, jolta henkilöltä ei kuitenkaan peritä maksua.
8. Palvelua ei myönnetä jos kotitaloudessa on käytettävissä oma auto ja ajolupa.
9. Mikäli palvelut ovat saavutettavissa lyhyen matkan päästä kodista (esimerkiksi taajama-alue), palvelua ei voida myöntää.
10. Kunta korvaa kuljetuspalvelusta enintään 14,00 euroa yhdensuuntaista matkaa kohden. Jos matkan hinta ylittää 14,00 euroa on asiakas velvollinen korvaamaan taksille ylittyvän osan.
11. Palvelun myöntämisessä noudatetaan viranhaltijan tekemää palvelutarpeen arviointia.

Tiedustelut:

Avopalvelun ohjaaja, Ulla-Maija Haapalainen puh: 040 507 3492,
ulla-maija.haapalainen@aura.fi

Hakemuksen palautusosoite:

Auran kunta, sosiaalitoimisto, avopalvelun ohjaaja, PL 24, 21381 AURA

Auran kunnan perusturvalautakunta rekisteripitäjänä tallentaa henkilötietojamme sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasrekisteriin. Rekisteriseloste on saatavissa asiaanne hoitavalta viranhaltijalta. Teillä on oikeus tarkistaa itseänne koskevat tiedot sekä oikeus vaatia virheellisen tai tarpeettoman tiedon korjaamista. Vaatimuksemme voitte esittää asiaanne hoitavalle viranhaltijalle (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 13 §, henkilötietojen laki 24 §).



AURAN KUNTA
Perusturvalautakunta
SHL -liikkumista
tukevat palvelut

KULJETUSPALVELUHADEMUS

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Osoite _____

Postinumero- ja toimipaikka _____

Puhelin _____

Vamma/Sairaus _____

Käytössä olevat apuvälineet _____

Miksi tarvitsette kuljetuspalvelua ja kuinka usein? _____

Tarvittava kulkuneuvo Taksi Invataksi Tarvitsen saattajan

Pystyn liikkumaan julkisilla kulkuneuvoilla: Yksin Saattajan kanssa

En pysty, koska _____

Kotitaloudessa on auto ja voimassa
oleva ajolupa: Kyllä on Ei ole

Olen tällä hetkellä hoidettavana sairaalassa tai tehostetun palveluasumisen yksikössä:

En ole Kyllä, paikan nimi: _____

Lyhytaikaishoidossa Pysyvässä hoidossa

HAKIJAN SUOSTUMUS: Suostun siihen, että itseäni koskevia tietoja voidaan tallentaa Auran kunnan perusturvapalvelujen asiakasrekisteriin. Annan luvan tietojeni tarkasteluun ATK-järjestelmän kautta siinä laajuudessa kuin se asiointini kannalta on välttämätöntä. Tämä suostumus on voimassa, kunnes sen peruutan tai kun tarpeeni käyttää Auran kunnan palveluja päättyy. Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja ilmoitan, jos tiedot muuttuvat. Suostun tietojeni tarkistamiseen eläkelaitoksilta ja verovirastolta.

Edellä olevat tiedot vakuutan oikeiksi:

_____ / _____ 20 _____

Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus



Asiakas	Henkilötunnus	Siviilisäätty: <input type="checkbox"/> Avioliitto <input type="checkbox"/> Avoliitto <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski	
Puoliso tai avopuoliso	Henkilötunnus	Puhelinnumero	
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	Perh.jäs. lkm

	Tulot € / kk	Asiakas		Puoliso / muu	
		Brutto	Netto	Brutto	Netto
Palkkatulo	Palkkatulo				
Kansaneläke	Kansaneläke				
	Ylimääräinen rintamalisä				
Työeläkkeet					
Perhe-eläke					
Vuokra-, korko- ja muut tulot					
Elatussopimus	Puolisoiden välinen elatussopimus				
Muut eläkkeet					
Tulot yhteensä					
Vähennykset					
Kelan tuet	Asumistuki: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei				
	Hoitotuki: <input type="checkbox"/> Perusosa <input type="checkbox"/> Korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> Erityishoitotuki				
Rintamalisä: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei					

Tarvittavia lisätietoja saatte alueenne kotihoidosta.

Nimi _____ puh. _____

Osoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun tietojen tarkistamiseen eläkelaitoksilta ja verovirastolta.

_____ / _____ 20 _____

Asiakkaan tai edustajan allekirjoitus