



Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987 9 §		
1. HAKIJAN TIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköposti
	Asioiden hoitajan nimi ja yhteystiedot (mikäli eri kuin hakija)	
	Samassa taloudessa asuvat henkilöt	
2. VAMMA TAI SAIRAUUS	Toimintakykyyn vaikuttavat vammat ja/tai sairaudet	
3. MUUT ETUJEDET JA KORVAUKSET	Saan / haen korvausta vakuutusyhtiöstä vammiani tai sairauteni vuoksi <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	
4. HAKEMINEN	Henkilökohtaisen avun tarve – mihin avustamista tarvitaan	
Arvioitu tuntimäärä yhteensä arkisin _____ h/vrk viikonloppuisin _____ h/vrk		
Arvioitu tuntimäärä viikossa _____ h/vk		
Apua tarvitaan <input type="checkbox"/> aamulla <input type="checkbox"/> päivällä <input type="checkbox"/> illalla <input type="checkbox"/> yöllä		

5. PALVELUT	Saako hakija seuraavia palveluja Omaishoito <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Kotihoito <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Tukihenkilö/Tukiperhe <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
6. LISÄTIEDOT	
7. SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS	<input type="checkbox"/> <b>Suostun siihen, että hakemusta käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta hakemuksessa tarvittavia lisätietoja.</b> Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) § 14-20  Päivämäärä ja allekirjoitus
8. LIITTEET	Terveystietojen selvitys, joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta sekä toimintakyvystä.  <input type="checkbox"/> Liitteenä <input type="checkbox"/> Toimitettu aiemmin <input type="checkbox"/> Toimitetaan myöhemmin
9. PALAUTUS	Asiakastietonne rekisteröidään Jyväskylän kaupungin SosiaaliEfficca asiakastieto-järjestelmään ja rekisteriseloste on nähtävissä palveluyksikössä.  Hakemus palautetaan osoitteella: Jyväskylän kaupunki Vammaispalvelut Ylistönmäentie 33 c, 4 krs 40500 Jyväskylä