

### HAKIJAN TIEDOT

Sukunimi ja etunimet (alleiviivatkaa kutsumanimi)		Henkilötunnus
Osoite		
Postinumero ja postitoimipaikka (mikäli kotikuntanne on eri kuin asuinkuntanne, merkitkää se myös tähän)		
Puhelin	Matkapuhelin	
Huoltajan / edunvalvojan tiedot (nimi ja yhteystiedot):		
Erityishuolto-ohjelma tehty <input type="checkbox"/> kyllä, voimassa _____ saakka <input type="checkbox"/> ei		
Palvelusuunnitelma tehty <input type="checkbox"/> kyllä, päiväys _____ <input type="checkbox"/> ei		

### Diagnoosi ja lisävammat/-sairaudet, allergiat (myös ruoka-aineallergiat)

### Säännöllinen lääkitys

## TOIMINTAKYVYN KUVAUS

### Aisti-toiminnot ja kommunikaatio

- Näkö  normaali  heikko  sokea  
Kuulo  normaali  alentunut  kuuro  
Puhe  normaali  epäselvä  ei puhu

Muuta huomioitavaa, esim. aistitoimintojen ja kommunikaation apuvälineet

### Liikkuminen

- liikuntakykyinen  
 liikuntakyky rajoittunut, apuvälineet:  keppi / sauvat  
 kävelyteline / rollaattori  
 pyörätuoli  
 muu, mikä \_\_\_\_\_
- liikuntakyvytön

Muuta huomioitavaa

### Päivittäiset toiminnot

	itsenäisesti	ohjattava/ valvottava	täysin autettava
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC-toiminnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muuta huomioitavaa

## Psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä huomioitavaa

Mieliäla

Käyttäytymisen haasteita

Kykenee toimimaan

- yksin
- parin kanssa
- ryhmässä, miten \_\_\_\_\_

Muuta huomioitavaa psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä (esim. itsesuojeluvaisto, pelot, pakkotoiminnot jne)?

## HAETTAVAT PALVELUT

### Työ- ja päivätoiminta

- päivätoiminta \_\_\_\_\_ kertaa / viikko
- työtoiminta \_\_\_\_\_ kertaa / viikko
- avotyötoiminta

### Asuminen

- autettu asuminen (yövalvonta)
- ohjattu asuminen (ei henkilökuntaa yöllä)
- tuettu asuminen (henkilökunnan tukikäynnit)
- laitoshoido
- perhehoito

Missä toivotte asumisen toteutuvan?

### Tilapäishoito

- autettu asuminen (yövalvonta)
- ohjattu asuminen (ei henkilökuntaa yöllä)
- laitoshoido
- perhehoito
- jokin muu, mikä \_\_\_\_\_

Missä toivotte tilapäishoidon toteutuvan ja kuinka usein?

## HAETTAVAT PALVELUT

Muu kehitysvammahuollon palvelu, mikä?

Perustelut haettavalle palvelulle

Mitä muita palveluita käytätte ja onko muita hakemuksia vireillä (omaishoidontuki, kotihoito, muut vammaispalvelut, lääkinnällinen kuntoutus, terapiat)?

## SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemuksen käsittelyssä tarpeen.

kyllä, suostun       ei, en suostu

### Allekirjoitus

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Liitteet

lääkärinlausunto     kuntoutussuunnitelma     muu asiantuntija lausunto     kustannusarvio  
 muu liite, mikä \_\_\_\_\_

### Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö ja yhteystiedot

LISÄTIETOJA ANTAVAT PALVELUOHJAAJA puh. 050 373 0413 tai VAMMAISPALVELUN  
SOSIAALITYÖNTEKIJÄ puh. 050 401 0210

Hämeenkyrön kunnan perusturvalautakunta rekisteripitäjänä tallentaa henkilötietojanne sosiaalityön asiakasrekisteriin. Rekisteriseloste on saatavissa asiaanne hoitavalta viranhaltijalta. Teillä on oikeus tarkastaa itseänne koskevat tiedot sekä oikeus vaatia virheellisten tai tarpeettoman tiedon korjaamista. Vaatimuksenne voitte esittää asiaanne hoitavalle viranhaltijalle (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 13 §, henkilötietolaki 24 §).