

Hakemus saapunut ____/____/20 ____

Hakemuksen vastaanotti: _____

Hakemus on viety ohjelmaan: ____/____/20 ____

Saapumiskirje on lähetetty: ____/____/20 ____

Hakijan tiedot	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Puhelin
	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Sähköpostiosoite		
Virallisesta edunvalvojasta kärkeäoikeuden päätös tai huoltajan tiedot	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Puhelin
	Postinumero	Postitoimipaikka	
Haettava palvelu (muu tarkennus Lisätiedot - kohtaan)			
<input type="checkbox"/> Apuvälineet; koneet, välineet ja laitteet, auton apuvälineet <input type="checkbox"/> Asumispalvelut (kehitysvammaisuus) <input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt/optiset hälytinalitteet <input type="checkbox"/> Autoavustus <input type="checkbox"/> Avohuollon tukitoimet <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja/henkilökohtainen apu. Haettava tuntimäärä ____/kk. <input type="checkbox"/> Kommunikaatio-opetus. Haettava tuntimäärä ____/kk. <input type="checkbox"/> Muu avohuolto <input type="checkbox"/> Palveluasuminen <input type="checkbox"/> Perhehoito, lyhytaikainen (kehitysvammaisuus) <input type="checkbox"/> Työtoiminta (kehitysvammaisuus) <input type="checkbox"/> Vammaispalvelulain mukainen päivätoiminta			
Vamman tai sairauden aiheuttamat haitat päivittäisissä toiminnoissa (liitteeksi alle vuoden vanha lääkärintodistus tai muu terveydenhuollon ammattihenkilöstön selvitys)			
Saako hakija korvausta tai avustusta jostain muualta:			
Kela <input type="checkbox"/> Hoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> Vammaistuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> Potilasvahinkovakuutus		Vakuutusyhtiö <input type="checkbox"/> Liikennevakuutus <input type="checkbox"/> Tapaturmavakuutus <input type="checkbox"/> Vapaaehtoinen vakuutus Vakuutusyhtiön nimi ja vakuutusnumero:	

Lisätiedot	
Suostumus	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia terveyttäni koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.
Allekirjoitus	_____ / _____ 20____ Hakijan tai hänen edustajan allekirjoitus
Huoltaja/ avustaja	Hakemuksen täytössä avusti Nimi _____ Yhteystiedot _____
Liitteet	<input type="checkbox"/> Lääkäri- tai asiantuntijalausunto <input type="checkbox"/> Kuntoutussuunnitelma <input type="checkbox"/> Kustannusarvio (apuvälineet, autoavustukset) <input type="checkbox"/> Autoveropalautuspäätös (autoavustus) <input type="checkbox"/> Käräjäoikeuden päätös (virallinen edunvalvoja) <input type="checkbox"/> Muu, mikä

Hirvensalmen, Juvan, Kangasniemen, Mikkelin, Mäntyharjun, Pertunmaan sekä Puumalan alueiden hakemusten palautus:

Vanhus- ja vammaispalvelujen keskitetty asiakasohjaus

Palveluneuvo

Omatori

Porrassalmenkatu 21

50100 Mikkeli

puh. 015 211 557 arkisin ma-pe klo 8-16