



Mikkelin kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimi
Vammaispalvelu

- Vaikeavammaisten kuljetuspalvelu
 SHL:n mukainen kuljetuspalvelu

Maaherrankatu 9-11, 50100 Mikkeli

puh. (015) 1941

faksi (015) 194 2375

Hakemus saapunut: _____ Hakemuksen vastaanotti: _____

- Hakemus on viety ohjelmaan Saapumiskirje on lähetetty

Asiakkaan tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Katusoite	Puhelin
	Postinumero ja postitoimipaikka	
Siviilisäätty	<input type="checkbox"/> avo- tai avioliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> eronnut	
Huoltaja/ yhteyshenkilön tiedot	Nimi	Puhelin
	Katusoite	Postinumero ja postitoimipaikka
Kuljetuspalvelun muoto, jota haetaan	<input type="checkbox"/> Työmatkat _____ / kk <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat _____ / kk <input type="checkbox"/> Virkistys- ja asiointimatkat _____ / kk	
Vammaisuutta tai sairautta koskevat tiedot	Vamma tai sairaus ja sen aiheuttama liikuntahaitta (liitteeksi lääkärintodistus tai muu terveydenhuollon ammattihenkilöstön selvitys)	
	Käyttämänne apuvälineet <input type="checkbox"/> Keppi / kepit <input type="checkbox"/> Kynärsauvat <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ <input type="checkbox"/> Kävelyteline	
Muu kuljetustuki	Saatteko tai oletteko hakenut muuta kuljetustukea, mitä?	
	Koulutus, johon sisältyy matkakorvaus	
Saattaja	Tarvitsetteko saattajaa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	

Kelan etuudet	Saan Kelalta <input type="checkbox"/> hoitotuki €/kk <input type="checkbox"/> vammaistuki €/kk <input type="checkbox"/> kuntoutusraha €/kk <input type="checkbox"/> muu tuki, mikä? €/kk
Tulotiedot	Bruttotulot sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun hakijalta (liitteeksi verotodistus ja eläkepää tökset ja tiliotteet) eläketulot _____ €/kk pankkitalletukset _____ €
Onko taloudessanne auto käytössä	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Suostumus	<input type="checkbox"/> Anna suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.
Oletteko sotainvalidi	<input type="checkbox"/> Kyllä _____ % <input type="checkbox"/> Ei
Lisätietoja	
Allekirjoitus	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi Päiväys _____ / _____ 20_____ _____ Hakijan tai hänen edustajan allekirjoitus
Huoltaja / Avustaja	Hakemuksen täytössä avusti Nimi: _____ Yhteystiedot: _____
Liitteet	<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus <input type="checkbox"/> ilmoitus eläkkeenne määrästä (sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu) <input type="checkbox"/> verotodistus (sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu) <input type="checkbox"/> tiliote (sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu) <input type="checkbox"/> Muu, mikä?