

**KONNEVEDEN KUNTA**

Kauppatie 25  
44300 KONNEVESI  
p. 0400991001

Henkilökohtaisen avun hakemus

Saapumispäivä \_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_

## Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380 / 1987 8 §

HAKIJAN TIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelinnumero	Sähköposti
	Asioiden hoitajan nimi ja yhteystiedot (mikäli eri kuin hakija)	
VAMMA TAI SAIRAUUS	Toimintakykyyn vaikuttavat vammat ja / tai sairaudet	
AVUN TARVE - kerro mihin toimiin tarvitset apua	PÄIVITTÄISET TOIMET KOTONA (pukeutuminen, siivous, hygienia, vaatehuolto, ruuanlaitto)	
	PÄIVITTÄISET TOIMET KODIN ULKOPUOLELLA (liikkuminen, asioiminen, päivittäiset asiat)	
	TYÖSSÄ KÄYMINEN TAI OPISKELU	
	Työsuhteen / opiskelujen kesto:	
	HARRASTUKSET, YHTEISKUNNALLINEN OSALLISTUMINEN JA SOSIAALISEN VUOROVAIKUTUSTEN YLLÄPITÄMINEN	

**KONNEVEDEN KUNTA**

Kauppatie 25  
44300 KONNEVESI  
p. 0400991001

Henkilökohtaisen avun hakemus

Saapumispäivä \_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_

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
HAKEMINEN	Haen tällä hakemuksella henkilökohtaista apua:  Arvioitu tuntimäärä yhteensä arkisin _____ h / vrk viikonloppuisin _____ h /vrk  Arvioitu tuntimäärä viikossa _____ h / vk
LISÄTIEDOT	
SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että hakemusta käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta hakemuksessa tarvittavia lisätietoja (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) § 14 – 20)  <b>Päivämäärä ja allekirjoitus</b>
LIITTEET	Terveydenhuollon selvitys, joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta ja toimintakyvystä  <input type="checkbox"/> Liitteenä <input type="checkbox"/> Toimitettu aiemmin <input type="checkbox"/> Toimitetaan myöhemmin
PALAUTUS	Asiakastietonne rekisteröidään Konneveden kunnan sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään  Hakemus palautetaan osoitteella Konneveden kunta Vammaispalvelut Kauppatie 25 44300 Konnevesi