



KASKISTEN KAUPUNKI  
VAMMAISPALVELU  
Raatihuoneenkatu 34  
64 260 KASKINEN

## KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Saapumispäivä

### HENKILÖTIEDOT

Hakijan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puh. josta tavoittaa päivisin
Postinumero ja -toimipaikka	Vakinainen asuinkunta
Ammatti	Sähköpostiosoite

Asutteko yksin  kyllä  ei, perheeseeni kuuluu lisäksi

Kotona asuvien lasten syntymävuodet:

### HAEN KULJETUSPALVELUA SEURAAVIIN MATKOKIIN

- Työmatkat (liitteeksi todistus työnantajalta, selvitys työajoista ja lääkärinlausunto)
- Opiskelumatkat (liitteeksi todistus oppilaitoksesta ja lääkärinlausunto)
- VpL:n mukaiset asioimis- ja vapaa-ajan matkat (liitteeksi lääkärinlausunto)

### VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma tai sairaus
Käytättekö apuvälineitä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä
Miten vammanne tai sairautenne haittaa liikkumistanne?
Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona? kesällä: m talvella: m
Miten selviydytte portaista?
Miten kauan jaksatte seistä?
Pystyttekö käyttämään yleisiä kulkuneuvoja? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> saattajan kanssa <input type="checkbox"/> yksin Miksi ette pysty?

Mitä kulkuneuvoa olette nyt käyttäneet asiointi- ja vapaa-ajan matkoillanne?

Onko perheessänne auto?  kyllä  ei

Oletteko saanut autoon autoveron palautuksen tullilta tai VpL:n mukaista tukea?  kyllä  ei

Pystytkö ajamaan itse?  kyllä  ei

Millaisille matkoille tarvitsette kuljetuspalvelua?

Matkamäärä kuukaudessa:

### ALLEKIRJOITUS JA SUOSTUMUS

Samalla valtuutan kuljetuspalvelusta päättävän viranomaisen hankkimaan tarvittavat tiedot päätöksentekoa varten, mikäli itse en ole niitä toimittanut.

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimen selvennys \_\_\_\_\_

Yhteyshenkilö \_\_\_\_\_

- Liitteet:  Lääkärintlausunto  
 Työnantajan/oppilaitoksen todistus  
 Muu lausunto/todistus