

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

Vammaispalvelulaki 675/2023 28§ Vammaisella henkilöllä on oikeus saada tarvitsemansa kohtuullinen liikkumisen tuki, jos hänellä on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa eikä hän pysty itsenäisesti käyttämään julkista joukkoliikennettä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Liikkumisen tukea ei voi käyttää matkoihin, joihin voi saada sv- korvausta Kelalta. Keski-Suomen hyvinvointialueella liikkumisen tukea voidaan toteuttaa: kuljetuspalveluna, henkilökohtaisen avun avulla, tai saattajan avulla. Lisäksi erityisissä tapauksissa voidaan myöntää tukea auton tai muun kulkuneuvon hankintaan.		
1. HAKIJAN TIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Kotikunta
	Puhelin	Sähköposti
	Äidinkieli	Tulkin tarve, mikä?
2. TAUSTATIEDOT	Edunvalvoja, huoltaja, asioiden hoitaja (nimi ja yhteystiedot):	
	Muut perheenjäsenet:	
Oletteko saaneet autoveronpalautusta tai vammaispalvelulain mukaista tukea auton hankintaan? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?		
3. VAMMA TAI SAIRAUUS	Liikkumista vaikeuttava sairaus tai vamma, milloin aiheutunut tai diagnosoitu	
Tarvitsetteko liikkumisen apuvälineitä? Jos, niin mitä?		

	<p>Vamman tai sairauden aiheuttamat haitat erityisesti liikkumisessa (sisällä ja ulkona)</p>
<p>4. ASUMINEN JA LIKKUMINEN</p>	<p>Monennessako kerroksessa asutte? _____ kerros</p> <p>Onko talossa hissi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Kuinka pitkän kokonaismatkan jaksatte kävellä käytössänne olevalla apuvälineellä? _____ metriä</p> <p>Kuinka usein matkalla täytyy levätä? _____</p> <p>Pystyttekö kulkemaan portaita? Jos kyllä, minkä verran ? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En</p> <p>_____</p> <p>Milloin olette kulkeneet viimeksi linja-autolla? _____ <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En</p> <p>Oletteko kulkeneet palveluliikenteen autolla? (mm. Linkki VIP, senioriliikenne, monipalveluliikenne, asiointiliikenne, PALI, Puikkari, Monari)</p> <p>Jos ette, miksi? _____</p> <p>Miten hoidatte tällä hetkellä asiointimatkanne (esim. kävellen, polkupyörällä, linja-autolla, palveluliikenteen autolla, taksilla, jonkun kyydissä)?</p> <p>Miten selviydte asioinneista (esim. kaupassa, postissa, pankissa)?</p> <p><input type="checkbox"/> Tarvitsen apua, mitä? <input type="checkbox"/> En asioi itse</p> <p>Onko teillä säännöllistä tarvetta matkustaa oman asuinkunnan tai lähikuntien ulkopuolelle? Jos on, niin mihin ja miksi?</p>

<p>5. HAETTAVAT MATKAT</p>	<p>Haettavat matkat</p> <p>Asiointi- ja virkistysmatkat _____ yhdensuuntaista matkaa/kk</p> <p>Työmatkat _____ yhdensuuntaista matkaa/kk</p> <p>Opiskelumatkat _____ yhdensuuntaista matkaa/kk</p> <hr/> <p>Liikkumisen tuki myönnetään pääsääntöisesti siten, että määritellään kuukausittain käytettävissä oleva määrä. Mikäli haluatte hakea liikkumisen tuen matkojen jaksottamista korkeintaan vuoden ajalle, kertokaa tähän mille jaksolle ja mistä syystä:</p>
<p>6. TYÖ- JA OPISKELU- MATKAT</p>	<p><i>Jos haette kuljetuspalvelua työ- tai opiskelumatkoihin, täyttäkää seuraavat kohdat:</i></p> <p>Työnantaja/Oppilaitos _____</p> <p>Työpaikan/Oppilaitoksen osoite _____</p> <p>Työn/Opiskelun alkamispäivä _____ päättymispäivä _____</p> <p>Todistus työskentelystä tai opiskelusta tulee toimittaa hakemuksen liitteenä.</p>
<p>7. VÄLITYS- KESKUKSEN VALINTA</p>	<p>Valintani matkojen välityskeskukseksi, mikäli minulle kuljetuspalvelu myönnetään:</p> <p><input type="checkbox"/> Keskustaksi Oy</p> <p><input type="checkbox"/> Keski-Suomen Matkojenyhdistelykeskus Oy</p> <p><input type="checkbox"/> En osaa sanoa (keskus päätetään asiakkaan puolesta)</p>
<p>8. TODISTUS</p>	<p><b>Haettaessa vammaispalvelulain mukaista liikkumisen tukea tulee hakemuksen liitteenä olla julkisen terveydenhuollon ammattihenkilön laatima toimintakykykartoitus tai todistus, joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta ja sen aiheuttamista liikkumisvaikeuksista.</b> Kartoituslomake, jota voi hyödyntää, on tämän hakemuksen liitteenä.</p> <p><input type="checkbox"/> Liitteenä</p> <p><input type="checkbox"/> Toimitettu aiemmin</p> <p><input type="checkbox"/> Toimitetaan myöhemmin</p>
<p>9. SUOSTUMUS JA ALLE- KIRJOITUS</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Suostun siihen, että hakemusta käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta hakemuksessa tarvittavia lisätietoja.</b></p> <p>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 53 §, 55 § (703/2023)</p> <p>Lisäksi annan luvan pyytää hakemuksessa tarvittavia lisätietoja seuraavilta henkilöiltä:</p> <p>Päivämäärä ja asiakkaan allekirjoitus:</p>

	Hakemuksen täyttämässä avustaneen henkilön nimi ja yhteystiedot:
10. PALAUTUS	<p>Hakemus palautetaan hakijan asuinkunnan vammaispalveluyksikköön, lista yksiköistä seuraavalla sivulla.</p> <p>Asiakastietonne rekisteröidään Keski-Suomen hyvinvointialueen asiakastieto-järjestelmään. Rekisteriseloste on nähtävissä asiakkaan lähipalveluyksikössä.</p>

## Keski-Suomen hyvinvointialueen vammaispalveluiden postiosoitteet.

Huom. Postiosoitteita keskitetty, jolloin postiosoite voi olla myös muualla kuin asuinkunnassa.

<b>Hankasalmi:</b> Vammaispalvelut, Keskustie 41, 41520 Hankasalmi
<b>Jyväskylä:</b> Vammaispalvelut, Ylistönmäentie 33 C, 4.krs. 40500 Jyväskylä
<b>Joutsa:</b> Vammaispalvelut, Iltaruskontie 2, 41660 Toivakka
<b>Jämsä:</b> Vammaispalvelut, Kelhänkatu 3, 42100 Jämsä
<b>Kannonkoski:</b> Vammaispalvelut, Keskitie 10, 44500 Viitasaari
<b>Karstula:</b> Vammaispalvelut, Sivulantie 11, 43100 Saarijärvi
<b>Keuruu:</b> Vammaispalvelut, Kantolantie 7, 42700 Keuruu
<b>Kinnula:</b> Vammaispalvelut, Keskitie 10, 44500 Viitasaari
<b>Kivijärvi:</b> Vammaispalvelut, Keskitie 10, 44500 Viitasaari
<b>Konnevesi:</b> Vammaispalvelut, Keskustie 41, 41250 Hankasalmi
<b>Kyyjärvi:</b> Vammaispalvelut, Keskitie 10, 44500 Viitasaari
<b>Laukaa:</b> Vammaispalvelut, Pelloskuja 3, 41340 Laukaa
<b>Luhanka:</b> Vammaispalvelut, Iltaruskontie 2, 41660 Toivakka
<b>Multia:</b> Vammaispalvelut, Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi
<b>Muurame:</b> Vammaispalvelut, Virastotie 10, 40950 Muurame
<b>Petäjävesi:</b> Vammaispalvelut, Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi
<b>Pihtipudas:</b> Vammaispalvelut, Keskitie 10, 44500 Viitasaari
<b>Saarijärvi:</b> Vammaispalvelut, Sivulantie 11, 43100 Saarijärvi
<b>Toivakka:</b> Vammaispalvelut, Iltaruskontie 2, 41660 Toivakka
<b>Uurainen:</b> Vammaispalvelut, Pelloskuja 3, 41340 Laukaa
<b>Viitasaari:</b> Vammaispalvelut, Keskitie 10, 44500 Viitasaari
<b>Äänekoski:</b> Vammaispalvelut, Kalevankatu 7 A 4, 44100 Äänekoski

**Liite: Julkisen sektorin terveydenhuollon ammattihenkilön todistus hakijan toimintakyvystä**

Vastaanottaja

Saapumispäivämäärä

**TÄYTTÖOHJEET SIVULLA 2**

<b>HENKILÖ- TIEDOT</b>	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus							
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka	Puhelinnumero							
<b>VAMMAT TAI SAIRAUDET</b>	Diagnoosit, myös suomeksi:	<b>TOIMINNANVAJAUS</b>				<b>LIIKUNTAKYKY</b>			
		1	2	3	4	1	2	3	4
	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Kokonaisarvio vammojen tai sairauksien aiheuttamasta toiminnanvajauksesta ja liikuntakyvystä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TARKEN- NUKSIA toiminnan- vaja- us, liikuntakyky</b>									
<b>TOIMINNAL- LINEN KUVAUS</b>	Onko haitta vaikeavammaisuu- den tasoisena pitkäaikainen, vähintään yli vuoden kestävä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei								
	Estääkö vamma/sairaus/toimintakyvyn vaja- us julkisten liikennevälineiden käytön? Miten estää? Miksi estää?								
	Kävelymatkan pituus: ilmoitettu      m.      Todettu      m kesällä /      m talvella. Mitä apuvälinettä on käytetty?								

	Onko hakijalla käytössään <input type="checkbox"/> 1. keppi/kepit <input type="checkbox"/> 2. kyynärsauvat <input type="checkbox"/> 3. kävelyteline <input type="checkbox"/> 4. pyörätuoli?	
	Miten pitkä on hakijan yhtämittainen matka, jonka hän pystyy kävelemään ilman istuutumisen tarvetta? Mikä aiheuttaa istuutumisen tarpeen?	
	Onko hakijalla sv-lain mukainen pysyvä oikeus käyttää taksia, invataksia tai sairausautoa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
	Onko hakijalla selviä eroja liikkumisessa eri vuodenaikoina? Miksi? Millaisia?	
<b>PALVELU-LIIKENTEN KÄYTTÖ</b>	Kulkeeko hakijan kodin lähistöltä palveluliikennettä (mm.Linkki VIP, senioriliikenne, monipalveluliikenne, asiointiliikenne, PALI, Puikkari, Monari)? Milloin?	
<b>LAUSUNNON - ANTAJAN KÄSITYS</b>	Lausunnon antajan käsitys liikkumista tukevan palvelun toteuttamistavasta: Jos kuljetuspalvelu myönnetään, paras toteutustapa on käyttää: <input type="checkbox"/> taksi <input type="checkbox"/> invataksi <input type="checkbox"/> saattaja, minkä vuoksi?	
<b>LAUSUNNON- ANTAJAN YHTEYSTIEDOT JA ALLEKIRJOITUS</b>	Puhelinnumero	Sopivin yhteydenottoaika
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus ja selvennys tai leima

**Todistusta täytettäessä huomioitavaa:** Vammaispalvelulain perusteella myönnetään kuljetuspalveluja **vain vaikeavammaisille**. Kuljetuspalveluja ja niihin liittyviä saattajapalveluja järjestettäessä vaikeavammaisena pidetään henkilöä, jolla on pitkäaikaisia erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei vammansa tai sairautensa vuoksi voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Vammaisen henkilön käsitettä ei määritellä pelkästään lääketieteellisesti, vaan haittaa arvioitaessa otetaan huomioon henkilön sosiaaliset olot ja elinympäristö. Kuitenkaan esim. julkisten liikenneyhteyksien puute ei sinänsä oikeuta vammaispalvelulain mukaiseen kuljetuspalveluun kuten ei myöskään autolla ajokielto. Liikuntakyvyn arvioinnissa suositellaan käytettäväksi fysioterapeuttia. Henkilön iällä ei ole merkitystä palvelun myöntämiseksi, mutta vanhuuden mukanaan tuoma toimintakyvyn heikkeneminen ei sinällään tee hakijasta vaikeavammaista.

**TOIMINNALLINEN KUVAUS** Toiminnallinen kuvaus on yhteenveto, johon on syytä paneutua huolellisesti. Erityisen tärkeä on lausunnon antajan kannanotto vamman tai sairauden pitkäaikaisuuteen.

**HAKIJAN VAMMAT TAI SAIRAUDET** Diagnoosit pyydetään kirjoittamaan aina suomeksi ja tarvittaessa myös latinaksi tärkeysjärjestyksessä kuljetuspalvelun tarvetta ajatellen. Merkitkää rastilla (x) sopivimmat haittaluokan ja liikuntakyvyn numerot. Pelkät diagnoosit harvoin kertovat päätöksen perusteen, eli syyn miksi kuljetuspalvelun hakija ei kykene käyttämään julkisia liikennevälineitä. Erilaisista objektiivisista mittaustuloksista voi olla ratkaisevasti apua.

**TOIMINNANVAJAUS (STM:n asetus tapaturmavakuutuslaissa tarkoitetusta haittaluokituksesta 1649/2009)**

1 Lievä toiminnanvajausta, haittaluokat 0–5

2 Keskivaikea 6–10

3 Vaikea 11–15

4 Erittäin vaikea 16–20

**LIIKUNTAKYKY** tarkoittaa tässä yhteydessä vamman tai sairauden vaikutusta hakijan kykyyn käyttää julkisia liikennevälineitä (mukaan luettuna palveluautot, matalalattiakalusto, asiointitaksit).

1 Ei haittaa merkittävästi julkisten liikennevälineiden käyttöä.

2 Haittaa jonkin verran, mutta ei yksistään ole este niiden käytölle

3 Haittaa ajoittain kohtuuttomasti, esimerkiksi sää- ja keliolosuhteet, sairauden tilan suuret vaihtelut

4 Ei kykene käyttämään julkisia liikennevälineitä.