

HENKILÖTIEDOT	
Hakijan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puh. josta tavoittaa päivisin
Postinumero ja -toimipaikka	Vakinainen asuinkunta
Ammatti	Sähköpostiosoite
Asutteko yksin <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei, perheeseeni kuuluu lisäksi	
Kotona asuvien lasten syntymävuodet:	
Pankki ja tilinumero	
HAEN KULJETUSPALVELUA SEURAAVIIN MATKOKSIIN	
1. <input type="checkbox"/> Työmatkat (liitteeksi todistus työnantajalta, selvitys työajoista ja lääkärinlausunto)	
2. <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat (liitteeksi todistus oppilaitoksesta ja lääkärinlausunto)	
3. <input type="checkbox"/> VpL:n mukaiset asioimis- ja vapaa-ajan matkat (liitteeksi lääkärinlausunto)	
VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT	
Vamma tai sairaus	
Käyttekö 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 selviydte 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 käyttänyt asiointi- ja vapaa-ajan matkoillanne?

Onko perheessänne auto kyllä ei

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

Pystyttekö ajamaan itse kyllä ei

Millaisille matkoille tarvitsette kuljetuspalvelua?

Matkamäärä kuukaudessa

ALLEKIRJOITUS JA SUOSTUMUS

Samalla valtuutan palvelun antamisesta päättävän viranomaisen hankkimaan tarvittavat tiedot päätöksentekoa varten.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Yhteyshenkilö _____

Liitteet: Lääkärintodistus ____ työnantajan/oppilaitoksen todistus ____