



## TOIMINTAKYVYN KUVAUS

### Aisti-toiminnot ja kommunikaatio

- Näkö  normaali  heikko  sokea  
Kuulo  normaali  alentunut  kuuro  
Puhe  normaali  epäselvä  ei puhu

Onko muuta huomioitavaa, esimerkiksi aistitoimintojen ja kommunikaation apuvälineet?

### Liikkuminen

- liikuntakykyinen  
 liikuntakyky rajoittunut, apuvälineet:  keppi / sauvat  
 kävelyteline / rollaattori  
 pyörätuoli  
 muu, mikä \_\_\_\_\_  
 liikuntakyvytön

Muuta liikkumisessa huomioitavaa

### Päivittäiset toiminnot

	itsenäisesti	ohjattava/ valvottava	täysin autettava
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC-toiminnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muuta päivittäisissä toiminnoissa huomioitavaa

## Psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä huomioitavaa

Mieliala

Käyttäytymisen haasteita

Kykenee toimimaan

- yksin
- parin kanssa
- ryhmässä, miten \_\_\_\_\_

Onko muuta huomioitavaa hakijan psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä (esim. itsesuojeluvaisto, pelot, pakkotoiminnot jne)?

## HAETTAVAT PALVELUT

### Työ- ja päivätoiminta

- päivätoiminta \_\_\_\_\_ kertaa / viikko
- työtoiminta \_\_\_\_\_ kertaa / viikko
- työllistymistä tukeva toiminta, työhönvalmennus

### Asuminen

- tehostettu palvelu asuminen (yövalvonta)
- palvelusuminen (ei henkilökuntaa yöllä)
- tuettu asuminen (henkilökunnan tukikäynnit)
- laitoshoido
- perhehoito

Missä toivotte asumisen toteutuvan?

### Tilapäishoito

- tehostettu palveluasuminen (yövalvonta)
- palvelusuminen (ei henkilökuntaa yöllä)
- laitoshoido
- perhehoito
- jokin muu, mikä \_\_\_\_\_

Missä toivotte tilapäishoidon toteutuvan ja kuinka usein?

Muu kehitysvammahuollon palvelu (esim. taloudellinen tuki), mikä?

Perustelut haettavalle palvelulle

Mitä muita palveluita käytätte ja onko muita hakemuksia vireillä (esimerkiksi omaishoidontuki, kotihoito, muut vammaispalvelut, lääkinällinen kuntoutus, terapiat)?

## SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Hakemustani käsittelevä työntekijä saa pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.

kyllä, suostun       ei, en suostu

### Allekirjoitus

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys

### Liitteet

lääkärinlausunto       kuntoutussuunnitelma       muu asiantuntijalausunto       kustannusarvio  
 muu liite, mikä \_\_\_\_\_

### Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö ja yhteystiedot

#### LISÄTIETOJA ANTAVAT:

Palveluohjaajat:

puh. 03 565 24936 ja 03 565 24937

Sosiaalityöntekijät

Pirkkala puh. 03 565 24923

Vesilahti puh. 050 521 5208

Pirkkalan kunnan hyvinvointilautakunta tallentaa henkilötietojanne kehitysvammahuollon asiakasrekisteriin.

Tietosuojaseloste on saatavissa kunnan kotisivuilta. Yhteystietoni lähettäessäni hyväksyn, että ne tallennetaan kunnan järjestelmiin ja että niitä käytetään tietosuojaselosteessa esitetyllä tavalla. Lisätietoa löydät sivulta: [www.pirkkala.fi](http://www.pirkkala.fi) > Asioi kanssamme > Tietosuoja > Tietosuojaselosteet.

Teillä on oikeus tarkistaa itseänne koskevat tiedot ja oikeus vaatia virheellisten tai tarpeettoman tiedon korjaamista (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 13 §, EU:n yleinen tietosuoja-asetus 16. artikla). Lisätietoa löydät sivulta: [www.pirkkala.fi](http://www.pirkkala.fi) > Asioi kanssamme > Tietosuoja > Asiakkaiden oikeudet.