

Kuljetus palvelun tarve	<input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistysmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa / kk
	<input type="checkbox"/> Työmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa / kk Työpaikka ja työaika (päivittäinen / viikottainen työaika) _____
	<input type="checkbox"/> Opiskelumatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa / kk Opiskelupaikka, -ala ja opiskeluaika _____
	Minä aikana vuodesta voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua (kuukaudet) <input type="checkbox"/> en koskaan
Saattajan tarve	Onko saattaja välttämätön käyttäessänne kuljetuspalvelua ?
	Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla ?
	Onko tiedossanne henkilöä, joka voi toimia saattajana ?
	Mahdolliset lisätiedot
Lääkärinlausunto	Olen toimittanut lääkärin lausunnon vaikeavammaisuudestani ja liikuntaesteisyydestäni: <input type="checkbox"/> tämän hakemuksen mukana <input type="checkbox"/> vuonna _____ <input type="checkbox"/> joskus aikaisemmin <input type="checkbox"/> en ole toimittanut <input type="checkbox"/> lähetän myöhemmin <input type="checkbox"/> toimitan tarvittaessa
Allekirjoitus	Paikka, aika ja hakijan allekirjoitus _____/_____/____ 20_____ Mikäli tämä on ensimmäinen vammaispalveluun toimittamanne hakemus, tulee teidän liittää mukaan lääkärinlausunto, ensisijaisesti alueenne terveysaseman omalääkäriltä
	Postiosoite Palvelukeskus Nestori Vakkatie 3a 92930 Pyhäntä Puhelin 040 1912 261