



Voit tehdä hakemuksen ja lähettää liitteet myös OmaKelassa (www.kela.fi/omakela).

Lisätietoja: www.kela.fi/vammaistuet



Voit kysyä lisää puhelinpalvelustamme (www.kela.fi/soita-kelaan).



Täytä lomake huolellisesti ja varmista, että kaikki tarvittavat liitteet ovat mukana.

Jos tarvitsemme lisätietoja, otamme sinuun yhteyttä.

Postita hakemus ja liitteet osoitteeseen
Kela, PL 10, 00056 KELA.

- i** Hakemuksen liitteeksi tarvitset lääkärinlausunnon. Lausunnon laatimisesta saa olla kulunut enintään 6 kuukautta. Jos et ole aiemmin hakenut Kelan etuuksia ja olet muuttanut Suomeen, täytä lisäksi lomake Y 77. Jos olet lähdössä ulkomaille, täytä lisäksi lomake Y 38.

Hakuaika: Etuus voidaan myöntää enintään 6 kuukautta takautuen etuuden hakemisesta.

1. Hakijan tiedot

Henkilötunnus _____ Sukunimi ja etunimi _____

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Puhelinnumero _____ Sähköpostiosoite _____

Asuinmaa

Suomi Muu maa, mikä?

Oletko asunut tai työskennellyt muualla kuin Suomessa viimeisen 3 vuoden aikana?

En Kyllä, missä maassa ja milloin?

Oletko

Eläkeläinen Työssä/Työtön Opiskelija Muu, mikä? _____

Ammatti: _____

2. Tilinumero

- i** Etuus maksetaan täysi-ikäisen asiakkaan omalle tilille, mikäli hänelle ei ole määrätty edunvalvojaa. Alaikäisen etuus maksetaan hänen huoltajansa/edunvalvojansa ilmoittamalle tilille.

Asiakkaan oma tilinumero

Edunvalvojan tai alaikäisen huoltajan ilmoittama tilinumero

Tilinumero: _____

3. Hakemus

- i** Sinun ei tarvitse erikseen ilmoittaa, haetko maksussa olevaan tukeen tarkistusta tai jatkoa siihen. Jos saat eläkettä vanhuuden tai täyden työkyvyttömyyden perusteella, et voi hakea 16 vuotta täyttäneen vammaistukea.

Haen

Eläkettä saavan hoitotukea 16 vuotta täyttäneen vammaistukea

4. Muualta maksettavat eläkkeet ja korvaukset

Saatko tai haetko muualta kuin Suomesta maksettavaa eläkettä?

En Kyllä, mitä eläkettä ja mistä?

Saatko tai haetko ulkomailta hoitotukea tai vammaistukea vastaavaa etuutta?

En Kyllä, mitä etuutta ja mistä?

Saatko tai haetko korvausta vamman perusteella jostakin vakuutusyhtiöstä Suomesta tai ulkomailta?

En Kyllä, mitä etuutta ja mistä?

5. Sairaudet ja vammat ja niiden hoito

Mitkä sairaudet tai vammat vaikeuttavat arkipäivääsi?

Milloin toimintakykysi heikentyminen on alkanut?

Missä terveydenhuollon toimipaikoissa sinua yleensä hoidetaan?

Käytkö sairautesi tai vammasi takia lääkärin määräämässä hoidossa tai kuntoutuksessa (esim. fysioterapiassa tai psykoterapiassa)?

En Kyllä, mitä hoitoa tai kuntoutusta saat ja kuinka usein?

Ilmoita myös, milloin hoito tai kuntoutus on alkanut ja miten pitkään sen on tarkoitus jatkua.



6. Avun, ohjauksen ja valvonnan tarve

i Voit jatkaa tarvittaessa kohtaan 9 Lisätietoja.

Millaista apua tai ohjausta ja valvontaa tarvitset, ja kuinka paljon

Liikkumisessa sisällä tai ulkona (esim. liikkeelle lähtemisessä)?

En tarvitse apua tai ohjausta ja valvontaa.

i Ilmoita myös, jos käytät liikkumisen apuvälineitä tai tarvitset valvontaa eksymisen tai kaatumisen vuoksi.

Pukeutumisessa tai henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa (esim. peseytymisessä tai WC-käynneissä)?

En tarvitse apua tai ohjausta ja valvontaa.

i Ilmoita myös, jos sinua pitää muistuttaa asioista.

Syömisessä?

En tarvitse apua tai ohjausta ja valvontaa.

Näkemisessä, kuulemisessa tai puhumisessa?

En tarvitse apua tai ohjausta ja valvontaa.

i Ilmoita myös, käytätkö jotakin näön, kuulon tai kommunikaation apuvälinettä tai tarvitsetko tulkkia. Jos käytät apuvälineitä tai tarvitset tulkkia, mitä tarvitset ja missä tilanteissa?

Asioiden muistamisessa?

En tarvitse apua tai ohjausta ja valvontaa.

Sairauden hoidossa (esim. lääkkeiden ottamisessa)?

En tarvitse apua tai ohjausta ja valvontaa.

Kodinhoidossa, ruoanlaitossa tai kodin ulkopuolisten asioiden hoitamisessa?

En tarvitse apua tai ohjausta ja valvontaa.

Jossain muussa asiassa, missä?



7. Avun saaminen

i Merkitse rastilla sopivat vaihtoehdot ja kirjoita pyydetyt tiedot.

Keneltä saat apua?

- En keneltäkään Omaiselta Henkilökohtaiselta avustajalta
 Kotipalvelutyöntekijältä/kotisairaanhoidajalta Palvelutalon henkilökunnalta
 Luonani käy siivoaja _____ kertaa kuukaudessa.
 Käytän kauppapalvelua _____ kertaa kuukaudessa.
 Käytän ateriapalvelua _____ kertaa viikossa.
 Minulla on turvapuhelin.
 Muu apu, keneltä? _____

Kuinka paljon saat apua?

i Voit ilmoittaa tuntien sijaan myös, kuinka monta kertaa viikossa tai päivässä saat apua. Kuvaa saamasi avun määrä mahdollisimman tarkasti.

- Saan apua viikoittain. Kuinka monta tuntia viikossa? _____
 Saan apua päivittäin. Kuinka monta tuntia päivässä? _____

Mistä alkaen olet apua saanut / milloin avuntarpeesi on lisääntynyt?

Kuinka pitkän ajan koet selviytyväsi turvallisesti yksin?

- Koko vuorokauden ajan Yön ajan Vain muutamia tunteja En voi olla lainkaan yksin

8. Kustannukset

i Sairaudesta tai vammasta aiheutuvat kustannukset voivat korottaa perustuen korotetuksi tueksi. Kustannusten tulee jatkua vähintään puolen vuoden ajan ja olla sairauden tai vamman vuoksi tarpeellisia.

Ilmoita alla, onko sinulla sairaudesta tai vammasta aiheutuvia kustannuksia. Jos on, ilmoita myös, mitä kustannuksia. Pyydämme kustannusten määrän ja tarvittavat liitteet myöhemmin, jos kustannuksilla voi olla vaikutusta etuuden määrään.

Kelassa on jo valmiiksi tiedot sellaisista kustannuksista, joista olet saanut kela-korvauksen. Tällaisia kustannuksia ovat mm. Kela-korvattavat lääkkeet, matkakustannukset, yksityiset terveystalvelut.

Onko sinulla sairaudesta tai vammasta aiheutuvia kustannuksia?

- Ei Kyllä

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Palveluasuminen | <input type="checkbox"/> Lääkärikäynnit |
| <input type="checkbox"/> Kotihoito/kotisairaanhoido | <input type="checkbox"/> Lääkärin määräämä kuntoutus ja hoito |
| <input type="checkbox"/> Siivouspalvelu | <input type="checkbox"/> Toistuvat sairaalamaksut |
| <input type="checkbox"/> Kauppapalvelu | <input type="checkbox"/> Lääkkeet, joista et ole saanut Kela-korvausta |
| <input type="checkbox"/> Ateriapalvelun kuljetusmaksu | <input type="checkbox"/> Sairaushoitoon tai kuntoutukseen liittyvät matkakustannukset, joita et ole saanut Kela-korvausta |
| <input type="checkbox"/> Muu tukipalvelu, mikä?
_____ | |

Onko käytössäsi palveluseteli?

- Ei Kyllä



9. Lisätietoja

i Merkitse numerolla, mihin hakemuksen kohtaan viittaa.

10. Liitteet

i Hakemuksen liitteeksi tarvitaan C-lääkärintlausunto, joka saa olla enintään 6 kk vanha.

Lausunto on jo toimitettu Kelaan.

Toimitan lääkärintlausunnon _____._____ mennessä.

11. Allekirjoitus

Annan suostumukseni siihen, että hakemukseen tarvittavia lisätietoja saa pyytää kohdassa 12 ilmoitetulta hakemuksen teossa avustaneelta henkilöltä.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja ilmoitan, jos ne muuttuvat.

Päiväys

Allekirjoitus

i Jos etuudensaaja on alle 18-vuotias:

- hakemuksessa tulee olla huoltajan/edunvalvojan allekirjoitus tai puhelinnumero. Puhelinnumeron voit merkitä kohtaan 9.
- etuus maksetaan huoltajan/edunvalvojan ilmoittamalle tilille. Myös päätös lähetetään huoltajalle. Eri osoitteissa asuville huoltajille lähetetään päätökset erikseen (LHL 5§).

12. Hakemuksen teossa avustanut henkilö

Nimi ja puhelinnumero

Virka-asema ja toimipaikka tai sukulaisuussuhde

Voimme käyttää tämän etuusasian ratkaisemiseksi saatuja tietoja myös muussa etuusasiassa, jos tiedot on lain mukaan otettava siinä huomioon.

Samoin voimme käyttää muuta etuutta varten saatuja tietoja ratkaistessamme tätä etuutta.

Saat Kelasta tietoa siitä, mistä voimme hankkia sinua koskevia tietoja ja mihin voimme niitä luovuttaa.