



Voit tehdä tämän hakemuksen ja lähettää sen liitteet myös verkossa www.kela.fi/asiointi
Lisätietoja www.kela.fi/vammaistuet



Voit kysyä lisää puhelinpalvelustamme www.kela.fi/palvelunumerot



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

Jos tarvitsemme lisätietoja, otamme sinuun yhteyttä.
Voit toimittaa hakemuksen ja sen liitteet postitse www.kela.fi/postiosoitteet

- 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 (ks. ohjeet lomakkeelta).

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 korvaukset

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?

i 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

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 pyydetty tiedot.

Keneltä saat apua?

- En keneltäkään Omaiselta Henkilökohtaiselta avustajalta
 Kotipalvelutyöntekijältä/kotisairaanhoitajalta Palvelutalon henkilökunnalta
 Luonani käy siivooja _____ 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** Alla luetellut sairaudesta tai vammasta aiheutuvat kustannukset saattavat vaikuttaa etuuden määrään. Kustannukset huomioidaan aina yksilöllisesti hakijan tilanteen mukaan. Kustannusten tulee aiheutua toimintakykyäsi heikentävästä sairaudesta tai vammasta ja olla hoidon tai kuntoutuksen vuoksi tarpeellisia ja hyvän hoitokäytännön mukaisia.

Kustannusten tulee pääsääntöisesti jatkua vähintään puolen vuoden ajan.

Tarvittavista liitteistä löydät tietoa hakemuksen kohdasta 10. Liitteet.

Palveluasuminen (hoidon osuus) _____ alkaen _____ euroa kuukaudessa

Kotihoito/kotisairaanhoito _____ alkaen _____ euroa kuukaudessa

Siivouspalvelu _____ alkaen _____ euroa kuukaudessa

Kauppapalvelu _____ alkaen _____ euroa kuukaudessa

Ateriapalvelun kuljetuskustannukset _____ alkaen _____ euroa kuukaudessa

Muu tukipalvelu, mikä?

_____ alkaen _____ euroa kuukaudessa

Onko käytössäsi palveluseteli?

Ei Kyllä, mihin palveluun? _____

Lääkärikäynnit:

terveyskeskuksessa _____ euroa vuodessa

poliklinikalla/erikoissairaanhoidossa _____ euroa vuodessa

yksityislääkärillä _____ euroa vuodessa

Toistuvat sairaalamaksut (hoitajakset ja niiden syyt)

_____ euroa vuodessa

Käynnit kuntoutuksessa ja hoidoissa _____ alkaen

Mitä kuntoutusta/hoittoa saat ja missä?

_____ euroa vuodessa

Kela-korvattavat lääkkeet ja sairaudenhoitoon tai kuntoutukseen liittyvät matkakustannukset

- i** Ilmoita tässä vain ne kustannukset, joista **et saa** korvausta Kelasta tai muualta. Sinun ei tarvitse ilmoittaa kustannuksia Kelan korvaamista lääkkeitä eikä sairaanhoitoon tai kuntoutukseen tehdyistä matkoista, joista olet saanut Kela-korvauksen. Saamme tiedon näistä kustannuksista Kelan tiedostoista.

Lääkärin määräämät lääkkeet, joista et ole saanut Kela-korvausta

_____ euroa vuodessa

Jos et ole hakenut matkakustannuksiin Kela-korvausta, ilmoita tässä sairaudenhoitoon tai kuntoutukseen liittyvät matkakustannukset

_____ euroa vuodessa



9. Lisätietoja

 Merkitse numerolla, mihin hakemuksen kohtaan viittaa.



10. Liitteet

Merkitse rastilla, mitkä hakemuksessa tarvittavat liitteet toimitat Kelaan. Jos toimitat liitteen Kelaan myöhemmin, merkitse mihin mennessä sen toimitat.

Lääkärintlausunto C tai vastaava lääkärintlausunto.

On jo toimitettu Kelaan.

Toimitan mennessä.

Jos sinulle aiheutuu kustannuksia kohdassa 8 esittämistäsi palveluista, toimita niistä alla pyydetty selvitys. Selvityksistä tulee käydä ilmi, paljonko itse maksat palveluista kuukaudessa. Toimita selvitykset viimeisen 6 kuukauden ajalta. Kopiot riittävät.

Palveluasuminen Toimitan mennessä.

- Palvelu- ja hoitosuunnitelma tai palvelusopimus
- Selvitys saamasi hoivapalvelun alkamisajasta, sisällöstä ja siihen kuuluvista palveluista eriteltyinä siten, että siitä ilmenevät myös yksittäisten palvelujen hinnat
- Kunnan maksusitoumus, jos kunta maksaa palveluasumisestasi aiheutuvia kustannuksia

Kotihoito/kotisairaanhoito Toimitan mennessä.

- Palvelu- ja hoitosuunnitelma
- Maksupäätös tai palvelusopimus

Siivouspalvelu Toimitan mennessä.

- Siivouspalvelusopimus tai vastaava selvitys, josta käy ilmi palvelun alkamisaika, sisältö, hinta ja määrä

Kauppapalvelu Toimitan mennessä.

- Kauppapalvelusopimus tai vastaava selvitys, josta käy ilmi palvelun alkamisaika, sisältö, hinta ja määrä

Ateriapalvelu Toimitan mennessä.

- Maksupäätös tai palvelusopimus tai vastaava selvitys, josta ilmenee ateriapalvelun alkamisaika, kuljetuskustannuksen osuus ja kuljetettujen aterioiden määrä

Palveluseteli Toimitan mennessä.

- Palvelu- ja hoitosuunnitelma
- Maksupäätös tai palvelusopimus, josta ilmenee palvelusetelin määrä ja myöntöaika
- Selvitys itselle maksettavasta osuudesta palvelusetelin jälkeen (esim. palveluntuottajan laskukopiot useammalta kuukaudelta)

Muu liite, mikä?

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

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.

