



SOSIAALIHUOLTOLAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELU
Kuljetuspalvelu on harkinnanvarainen ja määrärahasidonnainen.

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Postitoimipaikka _____

**Vamma/sairaus/
muu syy** _____

**Käytössä olevat
apuvälineet** _____

HUOM! Ei korvata terveydenhuoltoon liittyviä matkoja, josta Kela maksaa sairausvakuutuslain mukaista korvausta.

Tarvittava kulkuneuvo:

- Taksi Invataksi Tarvitsen saattajan

Pystyn liikkumaan julkisilla kulkuneuvoilla:

- Yksin Saattajan kanssa

En pysty, koska: _____

Allekirjoitus ja suostumus Samalla valtuutan kuljetuspalvelusta päättävän viranomaisen hankkimaan tarvittavat tiedot päätöksentekoa varten, mikäli itse en ole niitä toimittanut		
Päiväys	allekirjoitus ja nimen selvennys	
Yhteyshenkilö	Osoite	Puhelinnumero