

Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Eskoontie 47, 60280 SEINÄJOKI**HAKEMUS KOMMUNIKAATIO-OHJAUKSESTA**

(ns. muu vammaispalvelulain mukainen palvelu)

Hakija

Sukunimi	Etunimi	Henkilötunnus
----------	---------	---------------

Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
--------	---------------------------------	---------

Haetaan Kommunikaatio-ohjausta

Määrä _____ tuntia.

Lisäksi haetaan

 puheterapeutin toteuttamaa ohjausta puhevammaisten tulkille _____ tuntia puhevammaisten tulkin osallistumista asiakkaan kuntoutusta koskeviin palavereihin _____ tuntia muuta, mitä _____ tuntia**Lisätiedot**

Onko asiakas saanut säännöllistä puheterapiaa? Ajankohta ja puheterapeutin nimi _____

Suosituksen tekijä ja ammattinimike: _____

 Puheterapeuttiin/ suosituksen tekijään saa olla yhteydessä Suosituksen kommunikaatio-ohjauksesta saa toimittaa päätöksen liitteenä Eskoon tulkkauspalveluun osoite: Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä / Tulkkauspalvelut, Päätie 22, 60280 Seinäjoki Haluan, että palvelun toteuttava puhevammaisten tulkki ottaa yhteyttä aloituksen sopimiseksi

- hakijaan puh. _____

- yhteyshenkilöön puh. _____

Päiväys	Hakijan tai huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys
---------	---

Yhteyshenkilö (mikäli muu kuin hakija)

Sukunimi	Etunimi	Puhelin
----------	---------	---------

HUOM! Hakemus toimitetaan kotikunnan vammaispalveluista vastaavalle sosiaalityöntekijälle. Hakemukseen tulee liittää puheterapeutin tai muun asiantuntijan, esim. erityisopettajan, sosiaali-/terveydenhuollon asiantuntijan, lausunto kommunikaatio-ohjauksesta.