



Avustajapalvelu
Suomen CP-liitto ry
Malmin kauppatie 26
00700 Helsinki
Puh. 09 5407 5488

AVUSTAJAPALVELU HAKULOMAKE

Tiedot hakijasta (aina vammaisen henkilö)	Sukunimi	Etunimi
	Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Sähköpostiosoite	
	Puhelin (koti / työ) suuntanumero	Henkilötunnus
	Diagnoosit (lääkärintodistus ensimmäistä kertaa haettaessa)	
	Tarvitsen apua seuraavissa päivittäisissä toimissa (luettele missä):	
Tiedot avustajasta	Sukunimi	Etunimi
	Lähiosoite	
	Postinumero ja postitoimipaikka	
	Puhelin (koti / työ) suuntanumero	Henkilötunnus
Avustajapalvelua haetaan	Anon avustajapalvelua ajalle:	
	Yhteensä tunteja:	
	Mihin tarkoitukseen avustajapalvelua anotaan esim. harrastus, matka, kurssi, liiton tapahtuma (mikä)	
CP-yhdistyksen jäsenyys	CP-yhdistys, johon kuulun (hakijan / perheenjäsenen ja yhdistyksen nimi)	
Hakijan allekirjoitus	Aika, paikka ja allekirjoitus	
Toimisto täyttää	Päätösnumero _____ Käsittelijä _____	
	Myönnetty avustaja ajalle: ____ / ____ – ____ / ____ 20____, yhteensä _____ tuntia.	