



Ansökan inkommit ____/____ 20____

1. PERSONUPPGIFTER

Efternamn och alla förnamn	
Personbeteckning	Yrke
Gatuadress	Telefon
Postnummer och postanstalt	e-postadress
Närstående eller intressebevakare, namn och kontaktuppgifter	Hemkommun

2. BAKGRUNDSUPPGIFTER

Handikapp eller skada
Hjälpmedel som Ni använder
Får ni tjänster eller ersättning p.g.a handikapp eller sjukdom av någon annan instans? Varifrån och vad (t.ex. försäkringsbolag)?
I vilka ärenden behöver ni hjälp p.g.a. Ert handikapp eller skada?

Av vem/varifrån får Ni hjälp eller vård i dagliga sysslor?

I fall Ni får hjälp, till vilka sysslor och hur mycket?

3. VAD ANSÖKER NI OM**Enligt handikappservicelagena ansöks**

- Ändringsarbete i bostaden
- Redskap och apparater i bostaden
- Understöd för anskaffning av bil
- Bilens hjälpmedel / ändringsarbeten
- Personlig assistans timmar/vecka eller timmar/månad
- Serviceboende: i eget hem
 i serviceboende, var?
- Dagverksamhet
- Redskap, maskiner eller apparater som behövs i de dagliga sysslorna
- Extra kostnader för kläder eller näring
- Annat, vad

Enligt specialomsorgslagen för utvecklingshämmande ansöks

- Boendetjänst
- Specialomsorgsprogram
- Rehabiliterings-/undersökningsperiod
- Dag- eller arbetsverksamhet
- Tillfällig vård
- Annat, vad?

Motivering av behov för anhållen service:

Ert nuläge?

På vilket sätt, var och hur mycket vill Ni att det arrangeras tjänster?

På vilket sätt skulle den tjänst Ni ansöker hjälpa Er att klara av alldagliga funktioner?

4. BILAGOR

Läkarutlåtande, där det framkommer den sökandes handikapp eller sjukdom och på vilket sätt det påverkar funktionsförmågan, bör bifogas då man ansöker handikappservice för första gången eller då det skett sådana förändringar i hälsotillståndet som kan påverka beviljandet av handikappservice.

Utlåtande av en specialist

Kostnadsberäkning

Annat, vad?

5. SAMTYCKE

Jag ger mitt samtycke till att följande tilläggsutredningar kan begäras av följande instanser/personer:

Hemvård

Vårdande läkare, vem (namn och kontaktuppgifter)?

Rehabiliterings specialist (t.ex. fysio- eller ergoterapeut)

FPA

Rehabiliteringsanstalt, vilken (plats/namn och kontaktuppgifter)?

- Annan instans, vilken/vem (plats/namn och kontaktuppgifter)?
- Tidigare hemkommun, vilken (kommunens/kontaktpersonens kontaktuppgifter)?
- Anhörig, vem (namn och kontaktuppgifter)?

Ansökan om handikappservice kan vid behov behandlas i handikappservicens arbetsgrupp, som består av handikappservicens servicechef, socialarbetarna och –handledarna. Arbetsgruppen kan konsultera läkare. I fall kunden förnekar att saken behandlas i arbetsgruppen, bör han/hon meddela det till personalen. Förnekandet kan försvåra sakens hantering och ordnandet av service.

6. UNDERSKRIFT

Plats och tid
Sökandes underskrift och namntydligande
En annan person har fyllt i ansökan i stället för mig. <input type="checkbox"/> Ja
Person som hjälpt till med att fylla i ansökan (namn och kontaktuppgifter)
Underskrift och namntydligande

Färdtjänster och stödperson ansökes med en skild ansökningsblankett.

För en handikappad person skall vid behov upprättas en serviceplan. Syftet med planen är bl.a. att samla ihop klientens tjänster till en helhet samt styra klienten till rätta tjänster.

Era klientuppgifter registreras i social- och hälsovårdens klientregister. Programmets registerutdrag kan ses på handikappservicebyrån och på adressen:

www.porvoo.fi/förvaltning/tjänsteinnehavarorganisation/social-och-hälsovårdssektorn/social-och-familjeservicen

Ansökan skickas till adressen:

Handikappservicen, Tullportsgatan 4, 06100 Borgå

Handikappservicens personal ger ytterligare information.