

Ansökan sändes till **Socialförvaltningen i Din hemkommun.**

## Ansökan om service

Härmed anhåller jag/vi om service från Ålands Omsorgsförbund k.f. för:

Namn: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Jag/vi önskar service av Ålands Omsorgsförbund k.f. i form av (markera med X):

- Daglig verksamhet. Önskad tidpunkt från: \_\_/\_\_/20\_\_
- Korttidsservice (boende, korttidshemmet). Önskad tidpunkt från: \_\_/\_\_/20\_\_
- Gruppboendeservice. Önskad tidpunkt från: \_\_/\_\_/20\_\_
- Boendestöd. Önskad tidpunkt från: \_\_/\_\_/20\_\_
- Specialfritidshem. Önskad tidpunkt från: \_\_/\_\_/20\_\_
- Rådgivnings- och omsorgsbyråservice. Önskad tidpunkt från: \_\_/\_\_/20\_\_

För att kunna ta ställning till anhållan om service behöver denna ansökan åtföljas av en epikris, läkarintyg eller liknande som beskriver personens funktionshinder. Obs: behöver ej bifogas vid anhållan om tilläggservice.

Behövlig rådgivnings- och omsorgsbyråservice tillhandahålls för bl.a. uppgörande av omsorgsprogram. I servicen kan ingå rådgivning, information, pedagogisk handledning, stöd genom enskilda samtal, samtal med kurator/socialledare eller psykolog.

Jag söker om service av Ålands omsorgsförbund och ger mitt samtycke till att Ålands omsorgsförbund samarbetar med (markera med X):

- Socialkansliet i min hemkommun     Ålands hälso- och sjukvård     Folkpensionsanstalten

\_\_\_\_\_ den \_\_/\_\_/20\_\_

Underskrift/namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Telefon/mobil: \_\_\_\_\_

---

### Omsorgsförbundets kontaktuppgifter:

#### Besöksadress

Ålands omsorgsförbund kf  
Styrmansgatan 2 B  
AX-22100 Mariehamn

#### Telefon

+358 18-526600  
Fax: +358 18-14640

#### E-post

marie-louise.pavals@aof.ax

#### Internet

www.aof.ax