

Ansökan om handikappservice

OBS! Endast en serviceform ifylld per blankett.

Serviceform som ansöks om med stöd av handikappservicelagen

- Ändringsarbeten i bostaden, samt redskap och anordningar som hör till bostaden
- Redskap, apparater och maskiner
- Anpassningsträning
- Dagverksamhet för gravt funktionshindrade
- Extra kostnader för klädsel
- Serviceboende i det egna hemmet
- Annan, vilken?

OBS! Om färdtjänst och personlig assistans anhålles på särskild blankett

Klientens kontaktinformation

Förnamn *

Efternamn *

Personbeteckning *

Adress

Postnummer

Postort

Hemkommun

Mobiltelefon

Telefon hem

E-post

Yrke

Bankens namn

Bankkonto, IBAN-nummer

Arbetsplats/studieplats

Telefon sysselsättning/studier

Kontaktuppgifter till anhöriga

Mobiltelefon

Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person

Namn

Relation / Befattning

Jag har följande kontaktperson i ärendet (om inte du själv):

Namn

Adress

Tel.nr

E-post

Jag godkänner att kopia av beslut sänds till kontaktperson

Jag har intressebevakare: OBS! Bifoga beslut om intressebevakning och intressebevakarens uppdrag

för ekonomi

utökad intressebevakning

Namn

Adress

Tel.nr

E-post

Specifikation över ansökt serviceform

Specifiera här den service du anhåller om

Uppskattade kostnader (€), beskrivning av servicens omfattning

Erhåller ni service eller ersättning från annat håll för samma ändamål? (T.ex. försäkringsbolag, FPA, någon fond. Bifoga utredning/beslut)

Funktionshinder eller sjukdomar

Uppge samtliga funktionshinder eller sjukdomar

Ovanstående föranleder följande svårigheter eller begränsningar i det dagliga livet

Jag använder följande hjälpmedel

Vilken service nyttjar ni i dagsläget?

- Serviceboende
- Personlig assistans
- Hemservice
- Närståendevård
- Hemsjukvård
- Kontakt med dagkliniken
- Annat, vilken?

Samtycke

Kryssa i ett av följande alternativ

- Ja, jag samtycker till att socialarbetare på Kommunernas socialtjänst kf. vid behov kontaktar övriga aktörer inom social-, sjuk-, och hälsovård (t.ex. ÅHS, FPA, kommunala äldreomsorgen) och anhöriga för samarbete, tilläggsuppgifter samt läkarintyg.
- Nej, jag samtycker inte till ovanstående

Bilagor

Komplettering till ansökan inlämnas senare

- Nej
- Ja, vad?

Sökandens, vårdnadshavaren eller intressebevakarens underskrift

Ort	Datum	Underskrift
<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>

Förnamn	Efternamn
<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>

De personuppgifter du lämnar in via denna ansökan används för att möjliggöra Kommunernas socialtjänsts k.f. behandling av ditt ärende och för att kunna ge dig den service som du söker. Uppgifterna sparas i förbundets datasystem tills syftet med behandlingen av dina personuppgifter är uppfyllt. Hanteringen av dina personuppgifter sker i enlighet med EUs dataskyddsförordning (GDPR). Läs mer på www.kst.ax.

Ansökan skickas till:

Kommunernas socialtjänst k.f
Funktionservice och sysselsättning
Skarpansvägen 30
22100 Mariehamn

Kontakt:

Socialarbetare
Funktionservice och sysselsättning
Telefon: 532 800 (växeln)