

Ansökan om specialomsorg

Serviceform som ansöks med stöd av specialomsorgslagen

	Önskad tidpunkt från
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Korttidsservice (boende, korttidshemmet)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gruppboendeservice	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Boendestöd	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DUV-veckoslut och/eller sommarläger	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Handledning, rehabilitering och funktionell träning (även som stöd för anhöriga)	<input type="text"/>

Klientens kontaktinformation

Förnamn *	Efternamn *	Personbeteckning *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adress	Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemkommun	Mobiltelefon	Telefon hem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-post	Yrke	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bankens namn (endast vid daglig verksamhet)	Bankkonto, IBAN-nummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbetsplats/studieplats	Telefon sysselsättning/studier	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kontaktuppgifter till anhöriga	Mobiltelefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

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

Till ansökan ska du bifoga en epikris, läkarintyg eller liknande som beskriver ditt funktionshinder. Om du anhåller om tilläggservice behöver du inte bifoga något intyg

Komplettering till ansökan inlämnas senare

Nej

Ja, vad?

Sökandens, vårdnadshavaren eller intressebevakarens underskrift

Ort

Datum

Underskrift

Förnamn

Efternamn

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)