

Ansökan om personlig assistens

Sökandens grunduppgifter

Förnamn *

Efternamn *

Personbeteckning *

Yrke

Adress *

Postkod *

Postort *

Telefon hem

Telefon till tjänsten

Mobiltelefon

E-post *

Hemkommun *

Jag bor:

- Ensam
 Make/maka/sambo
 Hos föräldrar
 Annat:

Jag har familjemedlemmar/anhöriga inom räckhåll

Vem?

Var?

Funktionshinder/sjukdom och funktionsförmåga

Vilka funktionshinder eller sjukdomar har du?

Vilka svårigheter medför det dig?

Sedan när har du haft ovanstående funktionshinder/sjukdom? (Specifera varje sjukdom skilt)

Assistansens omfattning

För vilka uppgifter behöver du assistent? (Uppge för varje punkt assistentens arbetsuppgifter samt omfattning i timmar)

1. I de dagliga sysslorna; Antal timmar/månad	
Beskrivning av arbetsuppgifterna	
2. I arbete eller studier; Antal timmar/månad	
Beskrivning av arbetsuppgifterna	
3. I fritidsaktiviteter; Antal timmar/månad	
Beskrivning av arbetsuppgifterna	
4. I samhällelig verksamhet; Antal timmar/månad	
Beskrivning av arbetsuppgifterna	
5. I upprätthållande av sociala kontakter; Antal timmar/månad	
Beskrivning av arbetsuppgifterna	

Arbetsgivarrollen

Behöver du stöd av en annan person i att förmedla din vilja till assistenten?

- Ja
 Nej

Behöver assistenten lära sig ditt sätt att uttrycka och kommunicera din vilja?

- Ja
 Nej

Behöver du stöd i att fylla i arbetsavtal för din assistent?

- Ja
 Nej

Behöver du stöd i att göra upp ett arbetsschema?

- Ja
 Nej

	Ja	Nej
Kan du självständigt kontakta vikarier? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KST har avtal med bokföringsbyrå gällande utbetalning av assistentlöner samt sociala förmåner. Önskar du att bokföringsbyrån sköter dessa uppgifter för dig? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du självständigt godkänna samt skicka in timlistor till företagsbyrån? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Övrig social service

Erhåller du idag

- Institutionsvård (Boende på t.ex. Trobergshemmet, Gullåsen, Sunnanberg, Oasen)?
 Effektiviserat serviceboende (med personal dygnet runt)?
 Serviceboende utanför hemmet? Om ja, bifoga boendestödsplan.
 Serviceboende i det egna hemmet?

- Hemtjänst? Bifoga hemserviceavtal.
- Närståendevård? Om ja, bifoga omsorgsplan.
- Stödperson/Stödfamilj?
- Tjänster inom specialomsorgen?
- Hemsjukvård?
- Dagvård?
- Trygghetslarm?

Kontaktpersoner

Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person

Namn

Relation / Befattning

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

Namn

Adress

Tel.nr

E-post

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

Namn

Adress

Tel.nr

E-post

Samtycke (Kryssa i!)

- Ja, jag samtycker till att socialarbetare vid KST vid behov kontaktar andra aktörer inom social-, sjuk- och hälsovård (t.ex. ÅHS, den kommunala äldreomsorgen och anhöriga, för samarbete, tilläggs- uppgifter samt läkarintyg.
- Nej, jag samtycker inte till ovanstående

Bilagor

Bifogas med ansökan:

Komplettering till ansökan kommer att inlämnas senare

- Ja
- Nej

Jag intygar härmed att uppgifterna i ansökan är riktiga

Ort

Datum

Underskrift

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)