

Ansökan om personlig assistans

Klientens kontaktinformation

Förnamn *

Efternamn *

Personbeteckning *

Adress

Postnummer

Postort

Hemkommun

Mobiltelefon

Telefon hem

E-post

Yrke

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

Jag bor:

- Ensam
- Make/maka/sambo
- Hos föräldrar
- Annat:

Funktionshinder/sjukdom och funktionsförmåga

Vilka funktionshinder eller sjukdomar har du?

Vilka svårigheter medför det dig?

Sedan när har du haft ovanstående funktionshinder/sjukdom? (Specifiera 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, I samhällelig verksamhet, 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?

- Nej
- Ja. På vilket sätt?

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

- Nej
- Ja. På vilket sätt?

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

- Nej
 Ja. Vem kan hjälpa dig?

Behöver du stöd i att göra upp ett arbetsschema?

- Nej
 Ja. På vilket sätt/Vem kan hjälpa dig?

Kan du självständigt kontakta vikarier?

- Nej
 Ja

KST har avtal med bokföringsbyrå gällande utbetalning av assistentlöner samt sociala förmåner. Önskar du att bokföringsbyrån sköter dessa uppgifter för dig?

- Nej
 Ja

Kan du självständigt godkänna samt skicka in timlistor till företagsbyrån?

- Nej
 Ja

Jag vill att KST har arbetsgivarrollen

- Nej
 Ja

Övrig social service

Erhåller du idag

- Tjänster inom specialomsorgen
 Stödperson/Stödfamilj
 Serviceboende i det egna hemmet
 Närståendevård
 Effektiviserat serviceboende (med personal dygnet runt)
 Institutionsvård (Boende på t.ex. Trobergshemmet, Sunnanberg, Oasen)

- Trygghetslarm
 Dagvård
 Hemsjukvård
 Hemservice

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Förnamn	Efternamn	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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)