

Ansökan om service som stöder rörligheten

enligt Socialvårdslagen § 23

Grunduppgifter

Förnamn *

Efternamn *

Personbeteckning *

Adress *

Postkod *

Tel. hem/gsm

Kontaktuppgifter till anhöriga

Telefon

Intressebevakare

Adress

Telefon

Funktionsförmåga

Beskriv på vilket sätt funktions nedsättningen/sjukdomen orsakar behov av service som stöder rörligheten

Använder du hjälpmedel?

☐ Ja

☐ Nej

Hur många meter kan du uppskattningsvis gå?

**Hur långt ifrån din bostad finns närmaste
busshållplats?**

	Ja	Nej
Jag kan självständigt ta mig till närmaste busshållplats utan hjälpmedel	☐	☐
Jag kan självständigt ta mig till närmaste busshållplats med hjälpmedel	☐	☐
Jag klarar på- och avstigning på buss självständigt	☐	☐
Jag kan självständigt färdas med buss (läsa tidtabell, betala, ta en sittplats)	☐	☐
Jag kan bära/lyfta väskor/varor	☐	☐
Jag kan använda rullväska/väska på hjul	☐	☐
Har du speciellt nedsatt rörelseförmåga vissa årstider	☐	☐

Hur uträttar du ärenden idag? (t.ex. bank-, butik-, apoteksärenden)

- ☐ Jag promenerar dit jag ska
- ☐ Jag cyklar dit jag ska
- ☐ Jag kör bil dit jag ska
- ☐ Jag får skjuts av anhörig/bekant dit jag ska
- ☐ Jag behöver stöd av en annan person i uträttande av ärenden (t.ex. bankärenden eller handla mat)

	Ja	Nej
Finns bil i användning i hushållet?	☐	☐

Behov av färdtjänst

Behov av färdtjänst (Kan vara flere alternativ)

- ☐ Sköta vardagliga ärenden
- ☐ Fritidsaktiviteter
- ☐ Hälsa på anhöriga/bekanta/vänner
- ☐ Arbete/studier
- ☐ Annat (vad?)

Hur många gånger per månad behöver du färdtjänst?

Inkomstuppgifter

Hushållets inkomster bruttobelopp

Inkomst t.ex. pension (hushållets totala)

Besparingar

Bifoga intyg över bruttoinkomsterna!

Inkomstgränsen är 1800€ för ensamstående (maximala besparingar 6000€) och 2500€ (maximala besparingar 10 000€) för makar/samboende.

Service som stöder rörlighet beviljas i mån av budgeterade medel

Jag har tagit del av innehållet i ansökan om service som stöder rörligheten och ger mitt samtycke till att Kommunernas socialtjänst k.f. vid behov, samarbetar med sjuk- och hälsovården, den kommunala äldreomsorgen och anhöriga för att kunna ge mig så bra omsorg som möjligt

- ☐ Ja
☐ Nej

Jag intygar att de uppgifter jag lämnat 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
Funktionsservice och sysselsättning
Skarpansvägen 30
22100 Mariehamn

Kontakt:

Socialarbetare
Funktionsservice och sysselsättning
Telefon: 532 800 (växeln)