

## Ansökan om stöd för närståendevård

### Klient

Namn

Personbeteckning

Adress

Telefon

E-post

### Vårdnadshavare

Namn

Adress

Telefon

E-post

### Intressebevakare

Privatperson

Namn

Adress

Telefon

E-post

Professionell

Namn

Uppgiftsbeteckning

Organisation

Adress

Telefon

### Anhörigvårdare

Namn

**Adress****Telefon****E-post****Vårdarens kontonummer****Vårdarens förhållande till vårdtagaren**

- make/maka  
 barn  
 förälder  
 Annan närstående, vem?

**Vårdaren har förvärvsarbete**

- Nej  
 Ja  
 Heltidstjänst  
 Deltidstjänst

**Yrke****Arbetsplats****Telefon arbete****Har vårdaren stannat helt och hållet hemma från arbetet för att sköta om vårdtagaren?**

- Ja  
 Nej

**Uppgifterna om servicen som sökes****Servicen sökes mellan perioden****från och med****till och med**

Om servicen ansökts tills vidare registreras endast den dag tidsperioden börjar

**Uppgifter där klienten behöver hjälp****Har en bedömning av klientens servicebehov gjorts?****Konaktsperson****Bilagor**

Till en ansökning ska alltid bifogas ett läkarutlåtande som är högst sex månader gammalt.

**Har uppgjorts av**

---

**Förnamn \***

**Efternamn \***

**Uppgiftsbeteckning**

**Organisation**

**Adress \***

**Telefon**

**Underskrift**

**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](http://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)