

## Ansökan om specialomsorg

**Förnamn \***

**Efternamn \***

**Personbeteckning \***

**Telefonnummer**

**Adress \***

**Postkod \***

**Postort \***

### Serviceform som ansöks med stöd av specialomsorgslagen

#### Önskad tidpunkt från

- Daglig verksamhet
- Korttidservice (boende, korttidshemmet)
- Gruppboendeservice
- Boendestöd
- Handledning, rehabilitering och funktionell träning (även som stöd för anhöriga)
- DUV-veckoslut och/eller sommarläger

  
  
  
  
  

### Samtycke

**Jag samtycker till att socialarbetare vid Kommunernas socialtjänst k.f. vid behov kontaktar**

- Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS)
- Folkpensionsanstalten (FPA)

### Intressebevakare

**Jag har intressebevakare**

- Ja
- Nej

**Namn**

**Adress**

**Telefon**

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

---

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).

**Kontakt:**

Socialarbetare

Funktionservice och sysselsättning

Telefon: 532 800 (växeln)