



Mellersta Österbottens social- och
hälsovårdssamkommun

Ansökan om handikapptjänster

Sökandens personuppgifter

Släktnamn och förnamn

Personbeteckning

Yrke

Adress

Telefon hem

Telefon till arbetet

Mobiltelefon

E-post

Hemort enligt befolkningsdatalagen

Om sökanden inte är bosatt i samma kommun där tjänsten ansöks om, varför söks tjänsten i kommunen

Adress som uppges av sökanden och som avviker från befolkningsregisteradressen ovan

Beskrivning av olägenhet som skadan medför

Skada eller sjukdom

Olägenheterna av skadan eller sjukdomen i de vardagliga funktionerna

Hjälpmedel som den sökande använder

Av vem får ni hjälp/vård

Får ni hemtjänst/hemvård

ja nej

Om ni får det, hur ofta

Vilka andra tjänster eller stödåtgärder har ni

Tjänster som ansöks om från handikappservicen

Välj en eller flera tjänster

- Serviceboende/boendetjänster
- Anpassningsträning
- Tolkverksamhet i anslutning till anpassningsträningens undervisning i teckenspråk
- Särskilda kostnader p.g.a. skadan (t.ex. klädsel eller specialdiet)
- Ändringsarbeten i bostad och redskap och anordningar som hör till bostaden
- Personlig assistant
- Redskap, anordningar och maskiner som behövs för dagliga funktioner
- Dag- och arbetsverksamhet
- Annat, vad:

Specifikation av ansökt tjänst

Uppskattade kostnader ifall kostnaderna för den sökta tjänsten är kända, euro

Får ni tjänst eller ersättning för samma syfte någon annanstans ifrån, varifrån

Samtycke

Den arbetstagare som behandlar min ansökan kan från andra myndigheter begära sådana tilläggsuppgifter om mig som är nödvändiga vid behandlingen av min ansökan

- Ja ger mitt samtycke Jag ger inte mitt samtycke

Uppgifter om bankförbindelse dit betalningar förknippade med stöd eller tjänst betalas

Kontonummer

Tilläggsuppgifter

Jag vill reservera tid till en socialarbetare/socialhandledare

Uppgifternas riktighet

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga, och förbinder mig till att lämna de uppgifter som krävs i beslutsfattningen samt meddela om förändringar i min situation under beslutets giltighetstid. (12 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, 3 a § i lagen om service och stöd på grund av handikapp, 31 § i förvaltningslagen)

Era klientuppgifter registreras i verksamhetsställets klientdatasystem och uppgifterna är sekretessbelagda enligt lag. En klient har rätt att granska de uppgifter i klientregistret som gäller hen själv. Klienten ska då lämna in en undertecknad begäran om granskning till den registeransvariga. (26 § och 28 § i lagen om personuppgifter)

Bilagor som skickas per post

Läkarintyg *)

Kostnadsberäkning

Kopia av förordnande av intressebevakare, om intressebevakare förordnats för er

Annat, vad:

*) Behövs vid första ansökan om handikappservice eller då omständigheterna förändras.

Underskrift

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Ansökan skickas till

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun

Handikapptjänster/Handikapptjänstbyrån

Mariegatan 16 – 20, 67200 Karleby

Besöksadress

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun

Handikapptjänster/Handikapptjänstbyrån

Strandgatan 16, 67100 Karleby