



Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Ansökan om funktionshinderservice

Sökandens personuppgifter

Släktnamn och förnamn:

Personbeteckning:

Yrke:

Adress:

Telefon hem:

Telefon till arbetet:

Mobiletelefon:

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:

Hjälpmiddel 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 funktionshinderservice

Välj en eller flera tjänster:

- 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 ifån, varifån:

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 funktionshindersservicen eller då omständigheterna förändras.

Underskrift

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Ansökan skickas till

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Funktionshinderservice/Byrån för funktionshinderservice

Mariegatan 16 – 20, 67200 Karleby

Besöksadress

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Funktionshinderservice/Byrån för funktionshinderservice

Strandgatan 16, 67100 Karleby