

<b>Sökande</b>	Efternamn och förnamn	
	Personbeteckning	
	Sökande har klientskap inom Östra Nylands välfärdsområde, Barnskyddets eftervård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Behov av tolkning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk
	Gatuadress	
	Postnummer	Postkontor
	Telefonnummer	E-post
	Bankförbindelse (BIC och kontonummer i IBAN-format)	
<b>För vilket ändamål och på vilken grund ansöker du om kompletterande eller förebyggande utkomststöd?</b>	Här kan du beskriva din situation samt ditt behov av kompletterande eller förebyggande utkomststöd mera detaljerat.	
<b>FPA:s grundläggande utkomststöd</b>	Sökanden har ett gällande beslut om grundläggande utkomststöd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sökandens ärende angående grundläggande utkomststöd är under behandling vid FPA <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Beslut om grundläggande utkomststöd har fattats för perioden . .20 - . .20	
<b>Sökanden vill diskutera med en yrkesutbildad person vid socialvården personligen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fråga som sökanden vill diskutera	
<b>Mera information</b>	Här kan du anteckna till exempel uppgifter om en eventuell intressebevakare, närståendevårdare eller spärrmarkering	
<b>Bilagor</b>	Till ansökan har bifogats	
<b>Datum och underskrift</b>	Jag försäkrar att de uppgifter jag har lämnat är riktiga och förbinder mig att meddela eventuella ändringar som sker i dem samt ger mitt samtycke till att uppgifterna kontrolleras.	
	Datum . .20	
	Sökandens underskrift	
<b>Den som skrivit ansökan</b> <i>Den som skriver ansökan kan vara en arbetstagare, personens laglige</i>	Namn	
	Telefonnummer	

<i>företrädare, en anhörig eller någon annan närstående.</i>	Förhållande till sökanden
--	---------------------------