

Sökande	Efternamn och förnamn	
	Personbeteckning	
	Behov av tolkning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk
	Gatuadress	
	Postnummer	Adressort
	Telefonnummer	E-post
Service som ansökan gäller	<input type="checkbox"/> Stöd för närståendevård för personer under 65 år <input type="checkbox"/> Ändringsarbete i bostaden/stöd för tillgängligt boende <input type="checkbox"/> Bilstöd <input type="checkbox"/> Hjälpmedel/ändringsarbete i bilen <input type="checkbox"/> Kostnader för specialkost <input type="checkbox"/> Personlig assistans <input type="checkbox"/> Anpassningsträning <input type="checkbox"/> Service som stöder rörligheten	
	<input type="checkbox"/> Familjevård <input type="checkbox"/> Redskap och anordningar som behövs i dagliga sysslor <input type="checkbox"/> Serviceboende <input type="checkbox"/> Dagverksamhet <input type="checkbox"/> Stödrelationsverksamhet <input type="checkbox"/> Extra klädkostnader <input type="checkbox"/> Annan service, vad?	
	Motivering för den service som ansökan gäller och för att den behövs	
Beskrivning av sökandens situation och motivering för den service som ansökan gäller	Hälsotillstånd och diagnoser	
	Behov av hjälp och beskrivning av sökandens funktionsförmåga och vilka svårigheter skadan eller sjukdomen medför med tanke på de dagliga sysslorna. <i>Här kan du beskriva bland annat hur personen kommunicerar, behöver vård nattetid, rör sig, utträttar ärenden utanför hemmet, intar sina måltider, klär sig, tvättar sig, går på toaletten, medicinerar, sköter sina sociala relationer samt sökandens psyke, hur sökanden betar sig samt hur sökandens minne fungerar</i>	

Hjälpmedel som används			
Beskrivning av service, hjälp och stöd som sökanden i nuläget får	Centrala tjänster (centrala tjänster kan vara till exempel personlig hjälp eller hemvård, serviceboende, rehabiliterings- och terapitjänster)		
Vad får du hjälp med?	Av vem och varifrån?	Hur ofta?	Fortsätter du att få hjälp?
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<p>Ifall det är fråga om ett olycksfall eller något annat motsvarande där försäkringsbolaget ersätter en del av kostnaderna, ska du här berätta vad som ersätts</p>			
<p>Beskriv vid behov om och på vilket sätt det har varit besvärligt att organisera och genomföra hjälpen</p>			

Ytterligare information	Här kan du anteckna till exempel uppgifter om en eventuell intressebevakare, närståendevårdare, ett försäkringsbolag eller en spärrmarkering
Rättsutredning	Utredningen av behovet av service ska inledas senast den sjunde vardagen efter det att den handikappade eller hans eller hennes lagliga företrädare eller anhöriga eller någon annan person eller en myndighet, för att få service har tagit kontakt med den välfärdsområdesmyndighet som ansvarar för socialservicen. För utredandet av en handikappads behov av service och stöd ska, utan obefogat dröjsmål, en serviceplan göras upp. (3 a § i lagen om service och stöd på grund av handikapp)
Bilagor	Till ansökan har bifogats <input type="checkbox"/> Ett mindre än 6 månader gammalt läkarutlåtande eller någon annan sakkunnigs beskrivning av hälsotillståndet <input type="checkbox"/> Läkarutlåtande <input type="checkbox"/> Annat, vad? Jag lämnar in de bilagor till ansökan som fattas senast
Datum och underskrift	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. En socialmyndighet kan av skattemyndigheterna och FPA få sekretessbelagda personuppgifter ur dessas register oberoende av klientens samtycke för fastställande av avgift och kontroll av uppgifter. (20 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)) Datum
	Sökandens underskrift
Den som skrivit ansökan <i>Den som skriver ansökan kan vara en arbetstagare, personens lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närstående.</i>	Namn
	Telefonnummer
	Förhållande till sökanden

Printa och fyll i blanketten, och skicka den per post till adressen:

Borgå, Askola, Pukkila, Mörskom: Handikappservice Borgå, Teknikbågen 1, 06100 Borgå

Lovisa och Lapträsk: Handikappservice Lovisa, Grundtrygghetscentralen, Öhmansgatan 4, 07900 Lovisa

Sibbo: Handikappservice Sibbo, Nickby hälsostation, Jussasvägen 14, 04130 Sibbo