

<b>Sökande/-n</b>  Ange namn på de personer för vilka tjänster sökes. Makar kan ansöka om tjänster med utnyttjande av samma blankett, med undantag av boendeservice.	<b>1:a sökanden (i fall du ansöker om närståendevård, fyll i den vårdbehövandes uppgifter här)</b>	
	Efternamn och förnamnen	
	Personbeteckning	
	Behov av tolkning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk
	Näradress	
	Postnummer	Postadress
	Telefonnummer	E-post
	<b>2:a sökanden (i fall du ansöker om närståendevård, fyll i närståendevårdarens uppgifter här)</b>	
	Efternamn och förnamnen	
	Personbeteckning	
	Behov av tolkning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk
	Näradress	
	Postnummer	Postadress
	Telefonnummer	E-post
<b>Tjänster som ansökan gäller</b>	<b>Tjänster som ansökan gäller</b>  Måltidsservice Trygghetstelefontjänst Stöd för att röra på sig Dagverksamhet Hjälpa med att utreda ärenden Hemvård Stöd för små ändringsarbeten i hemmet Närståendevård Gemenskapsboende enligt socialvårdslagen Serviceboende dygnet runt enligt socialvårdslagen	
	Lämna vid behov närmare information om den tjänst som ansökan gäller (Om man till exempel ansöker om hemservice, kan man här anteckna mera detaljerade uppgifter om de stödtjänster utöver hemservicen som kan behövas, exempelvis måltidsservice.)	

<b>Motivering för att tjänsten behövs</b>	Sökandes hälsotillstånd	
	Sökandes behov av hjälp <i>Här kan du beskriva bland annat hur sökanden 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 sökandes psyke, hur sökanden betar sig samt hur minnet fungerar.</i>	
	Hjälpmedel som används:	
<b>Personer som bor i samma hushåll</b>	Namn och förhållande till sökanden:	
<b>Maken eller maken ansöker också om boendeservice</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	<i>I fall också sökandens make eller maka ansöker om boendeservice, ska hen fylla i en separat ansökan.</i>	
<b>Mera information</b>	Till exempel uppgifter om en eventuell intressebevakare, närståendevårdare eller spärrmarkering.	
<b>Lista på bilagor</b>	Till ansökan har bifogats:	
<b>Samtycke</b>	Klienthandledningen får granska mina bruttoinkomster från Fpa, i fall jag ansöker om en inkomstrelaterad tjänst (stöd för att röra på sig, trygghetstelefontjänst, små ändringsarbeten i hemmet)	
	Ja                      Nej	
	Klienthandledningen får granska bruttoinkomster från Fpa på den sambo/make/maka som bor i gemensamt hushåll med den sökande, i fall jag ansöker om en inkomstrelaterad tjänst (stöd för att röra på sig, trygghetstelefontjänst, små ändringsarbeten i hemmet)	
	Ja                      E Nej, jag bor ensam	
	I fall du svarar <b>ja</b> , fyll i följande nedanstående punkter:	
	Sambons/makens/makans underskrift	Sambons/makens/makans namnförtydligande
	Sambons/makens/makans personbeteckning	
<b>Ansökan om närståendevård</b>	I fall du ansöker om närståendevård, <b>bifoga läkarintyget</b> om den vårdbehövandes tillstånd med ansökan.	
<b>Datum och underskrift</b>	Datum	

	Sökandes underskrift och namnförtydligande
<b>Den som skrivit ansökan</b> <i>Den som skriver ansökan kan vara en arbetstagare, personens laglige företrädare, en anhörig eller någon annan närstående.</i>	Namn
	Telefonnummer
	Förhållande till sökanden

**Ansökan returneras till adressen:**

Klienthandledning för äldre  
 Östra Nylands välfärdsområde  
 Tullportsgatan 4  
 06100 Borgå