Itä UUSIMAA / Östra NYLAND | Hyvinvointialue / Välfärdsområde

ANSÖKAN OM FUNKTIONSHINDERSERVICE

Sekretessbelagd

Ansökan har inkommit _____/_____/_____

<table>
<tr><td rowspan="6">Sökande</td><td colspan="2">Efternamn och förnamn</td></tr>
<tr><td colspan="2">Personbeteckning</td></tr>
<tr><td>Behov av tolkning
☐ Ja ☐ Nej</td><td>Språk</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gatuadress</td></tr>
<tr><td>Postnummer</td><td>Adressort</td></tr>
<tr><td>Telefonnummer</td><td>E-post</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Service som ansökan gäller</td><td colspan="2">Service enligt socialvårdslagen
☐ Stöd för närståendevård för personer under 65 år

Tjänster enligt lagen om service för personer med funktionsnedsättning
☐ Ändringsarbete i bostaden/stöd för tillgängligt boende
☐ Stöd för rörligheten
☐ Personlig assistans
☐ Särskilt stöd för delaktigheten
☐ Stöd i att fatta beslut
☐ Stöd för boendet
☐ Stöd för boendet för barn
☐ Träning
☐ Dagverksamhet
☐ Arbetsverksamhet för personer med funktionsnedsättning
☐ Redskap och anordning (ekonomiskt stöd)
☐ Kortvarig omsorg
☐ Annan service, vad?</td></tr>
<tr><td colspan="2">Motivering för den service som ansökan gäller och för att den behövs</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Beskrivning av sökandens situation och motivering för den service som ansökan gäller</td><td colspan="2">Hälsotillstånd och diagnoser</td></tr>
<tr><td colspan="2">Behov av hjälp och beskrivning av sökandens funktionsförmåga och vilka svårigheter skadan eller sjukdomen medför med tanke på de dagliga sysslorna.
Här kan du beskriva bland annat hur personen kommunicerar, behöver vård nattetid, rör sig, uträttar ärenden utanför hemmet, intar sina måltider, klär sig, tvättar sig, går på toaletten, medicinerar, sköter sina sociala relationer samt sökandens psyke, hur sökanden beter sig samt hur sökandens minne fungerar</td></tr>
</table>

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?
			Ja ☐ Nej ☐
			Ja ☐ Nej ☐
			Ja ☐ Nej ☐
			Ja ☐ Nej ☐
			Ja ☐ Nej ☐

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?

Beskriv vid behov om och på vilket sätt det har varit besvärligt att organisera och genomföra hjälpen

Ytterligare information	Här kan du anteckna till exempel uppgifter om en eventuell intressebevakare, närståendevårdare, ett försäkringsbolag eller en spärrmarkering
Bilagor	Till ansökan har bifogats ☐ Ett mindre än 6 månader gammalt läkarutlåtande eller någon annan sakkunnigs beskrivning av hälsotillståndet ☐ Läkarutlåtande ☐ 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.
	Datum
	Sökandens underskrift — Förtydligande av namn
Den som skrivit ansökan *Den som skriver ansökan kan vara en arbetstagare, personens laglige företrädare, en anhörig eller någon annan närstående.*	Namn
	Telefonnummer
	Förhållande till sökanden

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:

- *Socialvårdslagen 1301/2014 36 §*
- *Lag om service för personer med funktionsnedsättning 675/2023 §4*
- *24 § 25 punkten i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999)*
- *14 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)*

1. Fyll i blanketten.
2. Skicka den per post till adressen: **Funktionshinderservice**
   Borgå, Teknikbågen 1, 06100 Borgå