



Närståendevård

Till ansökan om stöd för närståendevård bifogas ett högst 6 månader gammalt läkarintyg eller epikris eller en gällande rehabiliteringsplan, där det ingår uppgifter om funktionsförmågan hos den som behöver närståendevård. Bilagorna kan vara kopior. Bilagorna till ansökan ska levereras inom 3 månader eller inom särskilt utsatt tid för att beslut ska kunna göras i ärendet. Ansökan kan inte behandlas utan nödvändiga bilagor. Ansökan och bilagorna ska riktas till den adress som anges längst ner på blanketten.

Vårdtagaren är	<input type="checkbox"/> Under 18 år <input type="checkbox"/> Över 18 år	Ansökan inkommit ____ / ____ 20____
Personuppgifter om vårdtagaren	Släktnamn och samtliga förnamn	Personbeteckning
	Yrke	Telefon
	Utdelningsadress	Postnummer och postanstalt
Information om vårdaren	Släktnamn och samtliga förnamn	Personbeteckning
	Yrke	Telefon
	E-post	
	Utdelningsadress	Postnummer och postanstalt
	Vårdaren arbetar <input type="checkbox"/> Heltid eller deltid <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Arbetslös <input type="checkbox"/> Annat _____	
	Vårdaren är <input type="checkbox"/> Make/maka/sambo <input type="checkbox"/> Dotter/son <input type="checkbox"/> Mor/far <input type="checkbox"/> Annan _____	
	Vårdnad av barn under 18 år, antal	
	Vårdarens medborgarskap	Vårdarens modersmål
Stöd och annan service	Vårdbidrag för pensionstagare <input type="checkbox"/> Ja, _____ €/mån. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ansökan inlämnad	
	Handikappbidrag <input type="checkbox"/> Ja, _____ €/mån. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ansökan inlämnad	
	Besök av hemvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Klienter över 18 år: Har minnestest utförts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Övriga beviljade serviceformer inom social- och hälsovården, t.ex. tjänster enligt lagen om handikappservice	
Ansökan gäller	<input type="checkbox"/> Vårdarvode <input type="checkbox"/> Höjning av vårdarvodet	
	____ / ____ 20____	Vårdarens eller vårdarens företrädarens underskrift
Ansökan inlämnas till	Under 18 år Åbo stads välfärdssektor Handikappservice / Service för barn och unga Närståendevård, under 18 år Peltolavägen 3 20720 Åbo	Över 18 år Åbo stads välfärdssektor Äldreomsorg Närståendevård, över 18 år Slottsgatan 39, 1 vån. 20100 Åbo