

Handikappservice

\_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_  
Ankomstdatum

<b>Den sökandes uppgifter</b>	Efternamn, förnamn	Personbeteckning
	Adress	
	E-postadress	Telefon
	Personer som bor i samma hushåll som den sökande	
	Anhörigs/vårdnadshavarens kontaktuppgifter	
	Intressebevakarens kontaktuppgifter	
<b>Resor som ansöks</b>	Hur många enkelresor uppskattar ni att ni behöver per månad?	
	Färdtjänst som ansöks	
	<input type="checkbox"/> Färder för utträttande av ärenden och rekreation Mer information _____	
	_____	
	<input type="checkbox"/> Arbetsresa	Arbetsplatsens adress _____
	<input type="checkbox"/> Må - fr	<input type="checkbox"/> Annan tid _____
<input type="checkbox"/> Studieresa	Läroanstaltens adress _____	
	Terminen börjar ___ / ___ 20___	Terminen slutar ___ / ___ 20___
	<input type="checkbox"/> Må - fr	<input type="checkbox"/> Annan tid _____
<b>Rörlighets-hjälpmedel</b>	<input type="checkbox"/> Inga hjälpmedel	
	Inomhus Utomhus	Inomhus Utomhus
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rullstol (ihopfällbar)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En krycka	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rullstol (inte ihopfällbar)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Två kryckor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elrullstol/elmoped
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rollator	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel, vad? _____		
<b>Rörlighet utanför hemmet</b>	Hurudana svårigheter har ni med att röra er utanför hemmet?	
	_____	
	_____	
	Hur lång väg (i meter) är det från er bostad till en busshållplats?	
	_____	
	Kan ni använda allmänna kollektivtrafikmedel?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Varför inte? _____
_____		
Kan ni använda servicebussarna som trafikerar på stadens/kommunens område?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Varför inte? _____
_____		

	Vilket fordon har ni använt hittills?				
	<table border="1"><tr><td>Har er familj en bil?</td><td>Kör ni själv bil?</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</td></tr></table>	Har er familj en bil?	Kör ni själv bil?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har er familj en bil?	Kör ni själv bil?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
	Vem kör bil?				
	Har ni fått bilskatteåterbäring/ekonomiskt stöd för inköp av bil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej      Vilket år? _____				
<b>Behov av ledsagare</b>	<input type="checkbox"/> Jag behöver ingen ledsagare. <input type="checkbox"/> Ja, endast när jag sätter mig i bilen och stiger ur den. <input type="checkbox"/> Ja, jag måste hämtas från min bostad. Varför?  <input type="checkbox"/> Ja, under hela resan. Vem fungerar vanligtvis som ledsagare?				
<b>Mer information</b>					
<b>Bilagor som ska skickas per post</b>	<input type="checkbox"/> Läkarutlåtande eller epikris <input type="checkbox"/> Fysioterapeutens utlåtande <input type="checkbox"/> Studieintyg <input type="checkbox"/> Arbetsgivarens intyg <input type="checkbox"/> Annat, vad? _____				
<b>Underskrift och samtycke</b>	<p>Jag ger mitt samtycke till, att arbetstagaren får be om/skaffa nödvändiga uppgifter för behandlingen av ert ärende från Åbo stads välfärdssektors social- och hälsovårdsregister</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• äldreomsorgens register</li><li>• socialarbetets register för vuxna och barnfamiljer</li><li>• kundregister för utkomststöd</li><li>• missbrukartjänsternas register</li></ul> <p>samt</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Folkpensionsanstalten</li><li>• Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts och kommunala hälsovårdens gemensamma patientuppgiftsregister (Altti).</li><li>• försäkringsbolag</li></ul> <p>Samtycke till anskaffning av nödvändiga uppgifter för behandling av ansökan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Annat organ (arbetstagare lägger vid behov till)</li></ul> <p>Samtycket gäller under tiden som ert ärende behandlas och upphör automatiskt när tjänsten har avslutats. Om era uppgifter behövs efter detta, kommer man igen att begära om ert samtycke. Över begäran om uppgifter och skaffning görs en markering i handikappservicens kundregister. Om man behöver uppgifter från andra personregister till behandlingen av ansökan kommer man att begära om ett separat samtycke för anskaffning av uppgifter.</p> <p>Enligt 20 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården är statliga och kommunala myndigheter samt andra offentligrättsliga samfund, folkpensionsanstalten, pensionsskyddscentralen, pensionsstiftelser och andra pensionsanstalter, försäkringsanstalter, utbildningsanordnare, producenter av socialservice, sammanslutningar och verksamhetsenheter som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet samt yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är skyldiga att på begäran av en socialvårdsmyndighet avgiftsfritt och utan hinder av sekretessbestämmelserna lämna till denna sådana uppgifter och utredningar som de förfogar över och som i väsentlig grad inverkar på en klientrelation inom socialvården och som är nödvändiga för myndigheten på grund av dess lagstadgade uppgifter att utreda klientens behov av socialvård, för att ordna socialvård och genomföra därtill anknutna åtgärder samt för att kontrollera uppgifter som lämnats till myndigheten.</p> <p><input type="checkbox"/> Samtycker                      <input type="checkbox"/> Samtycker inte</p> <p>Jag är medveten om att mina uppgifter registreras i Åbo stads välfärdssektors kundregister.</p> <p>____ / ____ 20 ____                      _____ Den sökandes eller hans eller hennes representants underskrift</p>				