

Handikappservice

Den sökandes personuppgifter	Namn	Personbeteckning
	Adress	
	Postnummer och postanstalt	Telefon
	Civilstånd <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> änka/änkling <input type="checkbox"/> frånskild	
Rörlighets-hinder	Använder ni särskilda <input type="checkbox"/> hjälpmedel Nej <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Käpp/Kryckor <input type="checkbox"/> Annat, vad	
Behov av transport	Jag kan färdas med kollektivtrafik <input type="checkbox"/> Ensam <input type="checkbox"/> Med en ledsagare <input type="checkbox"/> Jag kan inte använda buss Behov av enkelresor per månad ____ st. Har er familj en egen bil? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Kör ni själv bil? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Vem kör bil? _____	
Utredning av inkomster Den sökande	Den sökandes bruttoinkomster per månad <input type="checkbox"/> Folkpension _____ €/mån. <input type="checkbox"/> Vårdbidrag _____ €/mån. <input type="checkbox"/> Annan pension, vad _____ €/mån. <input type="checkbox"/> Övriga inkomster, vad _____ €/mån.	
Maka/make	Makans/makens namn	Personbeteckning
	Makans/makens bruttoinkomster per månad	
	<input type="checkbox"/> Folkpension _____ €/mån.	
	<input type="checkbox"/> Vårdbidrag _____ €/mån.	
	<input type="checkbox"/> Annan pension, vad _____ €/mån.	
<input type="checkbox"/> Övriga inkomster, vad _____ €/mån.		
Brutto-inkomster sammanlagt	_____ €/mån.	
Bilagor	<input type="checkbox"/> Läkarintyg <input type="checkbox"/> Utredning av inkomster	

Den sökandes samtycke och underskrift

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

- äldreomsorgens register
- socialarbetets register för vuxna och barnfamiljer
- kundregister för utkomststöd
- missbrukartjänsternas register

samt

- Folkpensionsanstalten
- Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts och kommunala hälsovårdens gemensamma patientuppgiftsregister (Altti).
- försäkringsbolag

Samtycke till anskaffning av nödvändiga uppgifter för behandling av ansökan:

- Annat organ (arbetstagare lägger vid behov till)

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 handikapps register. Om man behöver uppgifter från andra personregister till behandlingen av ansökan kommer man att begära om ett separat samtycke för anskaffning av uppgifter. Kunden har rätt att upphäva sitt givna samtycke under vilken tid som helst under ärendets behandling.

Enligt 20 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården är statliga och kommunala myndigheter samt andra offentligrättsliga samfund, Folkpensionsanstalten, pensions-skyddscentralen, 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.

Samtycker

Samtycker inte

Jag är medveten om att mina uppgifter registreras i Åbo stads handikapps register. Kunden har rätt att kontrollera kundregisteruppgifter om sig själv genom att uppvisa en undertecknad förfrågan till registerhållaren (Personuppgiftslagen 26 § ja 28 §)

____ / ____ 20 ____

Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus

Nimenselvennys