

Anlänt ____ / ____ 20__

Handikappservice

Den sökandes uppgifter	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Yrke	
	Adress	Telefon
	Mobiltelefon	
	E-postadress	
	Hemort enligt befolkningsdatalagen	
	Om den sökande inte bor i kommunen där tjänsten ansöks, varför ansöks tjänsten av kommunen?	
	Adress som den sökande har angett som avviker från den ovannämnda adressen i befolkningsregistret.	
Beskrivning av olägenheter som skadan orsakar	Skada eller sjukdom	
	Olägenheter som skadan eller sjukdomen orsakar för dagliga funktioner.	
	Hjälpmiddel som den sökande har till sitt förfogande	
	Vem får ni hjälp/vård av	
	Får ni hemtjänst/hemvård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Vilka andra tjänster och stödtjänster får ni?	

Tjänster som kan ansökas från handikappservicen	<p>Välj en eller flera tjänster</p> <p><input type="checkbox"/> Serviceboende/boendeservice</p> <p><input type="checkbox"/> Anpassningsträning</p> <p><input type="checkbox"/> Tolkverksamhet kopplad till undervisning i teckenspråk inom anpassningsträning</p> <p><input type="checkbox"/> Särskilda kostnader som orsakas av skadan (t.ex. kläder eller specialkost)</p> <p><input type="checkbox"/> Ändringsarbeten i bostaden och redskap och anordningar i bostaden</p> <p><input type="checkbox"/> Personlig assistans</p> <p><input type="checkbox"/> Redskap, anordningar och apparater som behövs i daglig verksamhet</p> <p><input type="checkbox"/> Dag- och arbetsverksamhet</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, vad? _____</p>
	<p>Specifikation om tjänsten som ansöks</p>
	<p>Uppskattade kostnader om kostnaderna för tjänsten som ansöks är kända, euro</p>
	<p>Får ni tjänster eller ersättning för samma ändamål från annat håll, varifrån?</p>
Kontouppgifter dit kostnader kopplade till stödet eller tjänsten betalas	<p>Kontonummer</p>
Ytterligare information	<p><input type="checkbox"/> Jag vill boka tid hos socialarbetare/socialhandledare</p>
Uppgifternas riktighet	<p><input type="checkbox"/> Jag försäkrar att uppgifterna jag har angett är riktiga och förbinder mig att ge de uppgifter som behövs för beslutsfattandet samt meddela om förändringar i min situation medan beslutet är i kraft.</p>
Bilagor som ska skickas per post	<p><input type="checkbox"/> Läkarintyg*</p> <p><input type="checkbox"/> Kostnads kalkyl</p> <p><input type="checkbox"/> En kopia av beslutet om intressebevakare om en intressebevakare har föreskrivits till er.</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, vad</p> <p>* Behövs när handikappservice ansöks för första gången eller när omständigheterna ändras.</p>
Bifogade filer	<p>Observera att din ansökan inte hanteras utan tillräckliga eller därtill hörande utredningar.</p> <p><input type="checkbox"/> Läkarutlåtande och/eller epikris</p> <p><input type="checkbox"/> Fysioterapeutens utlåtande om nödvändiga ändringsarbeten i bostaden eller bostadens redskap och anordningar</p> <p><input type="checkbox"/> Disponentens/husbolagets tillstånd till ändringsarbeten/bostadens redskap och anordningar i enlighet med bostadsaktiebolaget</p> <p><input type="checkbox"/> Rehabiliteringshandledarens utlåtande vid ansökan om ändringsarbeten för belysning för synskadade eller larmsystem för hörselskadade.</p>

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

- Åbo stads bildningssektors kundregister för småbarnspedagogik
- 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.

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

Vid behov får beslutet skickas till serviceproducenten.

Jag är medveten om att mina uppgifter registreras i Åbo stads handikapps register.

____ / ____ 20 ____

Den sökandes eller hans eller hennes representants underskrift

Namnförtydligande