Helsingfors

Ansökan om funktionshinderservice

Social-, hälsovårds- och räddningssektorn

Skriv ut | Rensa formuläret

Returadress
Ansökan mottagits

Ansökan om färd-/transporttjänst och stöd för närståendevård ska lämnas på separata blanketter. Blanketterna finns på Blanketter och dokument**.**

1. Uppgifter om sökande

Sökandens namn
Personbeteckning
Yrke
Adress
Postnummer och postort
Telefonnummer
E-postadress
Kontaktspråk
Tolkning behövs ☐ Ja ☐ Nej
Sökandens skada eller sjukdom

Mer information om funktionshinderservicen och ansökan om den finns på Anhållan om funktionshinderservice**.**

1.1 Vårdnadshavarnas kontaktinformation (fylls i endast om klienten är under 18 år)

Förälderns/vårdnadshavarens namn
Adress (om annan än barnets)
Förälderns/vårdnadshavarens underteckning
Förälderns/vårdnadshavarens namn
Adress (om annan än barnets)
Förälderns/vårdnadshavarens underteckning

2. Service som ansökan gäller (välj av alternativen)

Stöd för tillgängligt boende: ☐ ändringsarbeten i bostaden ☐ utrustning och andra fasta installationer i bostaden
☐ Personlig assistans (se punkt 2.1.) ☐ Särskilt stöd för delaktigheten; för vilket ändamål?
☐ Dagverksamhet ☐ Arbetsverksamhet för personer med intellektuell funktionsnedsättning
Stöd för boendet: ☐ Boendestöd för personer med funktionsnedsättning ☐ Boendestöd för barn med funktionsnedsättning
☐ Träning (t.ex. handledning i rörlighet, boendeförsök) Obs! Ansökan om kommunikationshandledning ska lämnas på en separat blankett
☐ Krävande multiprofessionellt stöd

Kortvarig omsorg:

☐ Verksamhet under skollov för barn med funktionsnedsättning

☐ Tillfällig vård

☐ Ekonomiskt stöd till personer som använder livsuppehållande respirator

☐ Annat, vad?

Hurdan assistans eller service får du för närvarande och av vem?

☐ Hemvård (timmar/vecka)

☐ Närstående, vänner, grannar

☐ Annan, vad?

☐ Beskriv den assistans du får

Får du ersättning, service eller stöd från en försäkring på grund av skadan eller sjukdomen?

☐ Ja ☐ Nej

☐ Olycksfall i arbetet Försäkringsbolag och nummer:

☐ Trafikskada Försäkringsbolag och nummer:

☐ Stöd från FPA, vilket?

☐ Med vad behöver du hjälp på grund av skadan eller sjukdomen? (t.ex. rörlighet, dagliga aktiviteter, hushållssysslor, sköta ärenden, kommunikation, sociala färdigheter)

☐ Annat, vad?
På vilket sätt kan servicen du ansöker om bidra till ett självständigt liv? Motivera med egna ord.
Du kan fortsätta beskrivningen på ett separat ark.
Bilagor ☐ Aktuellt läkarintyg eller aktuell patientjournal (inte äldre än ett år; obligatorisk bilaga vid första ansökan om servicen) ☐ Terapeutens utlåtande ☐ Annat, vad?

2.1 Personlig assistans (fyll i endast om du ansöker om personlig assistans)

Uppskatta hurdan assistans och hur mycket assistans du behöver (timmar per vecka). * Beräkna behovet av personlig assistans med veckokalendern för utvärdering av hjälpbehovet och lämna in den som bilaga till denna ansökan.
Kalendern finns på Blanketter och dokument.

☐ Påklädning /
☐ Personlig hygien /
☐ Måltider och klädvård /
☐ Hushållssysslor /
☐ Uppköp /
☐ Övriga ärenden /
☐ Dagliga aktiviteter för ett barn som jag vårdar eller sköter /

☐ Arbete eller studier /
☐ Annat, vad? /
☐ Hobbyer, samhällsdelaktighet eller fritidsaktiviteter /
☐ Hur mycket personlig assistans per vecka ansöker du om?

3. Samtycke

☐ Jag samtycker till att uppgifter som behövs för handläggningen av ärendet begärs av andra myndigheter.
☐ Jag samtycker inte till att uppgifter som behövs för handläggningen begärs av andra myndigheter.
Datum
Sökandens underskrift och namnförtydligande

4. Övrig kontaktinformation

Namn och adress till person som handlar på sökandens vägnar		
☐ Förälder	☐ Vårdnadshavare	☐ Intressebevakare
☐ Annan, vilken?		
☐ Telefonnummer		
☐ E-postadress		
Person som bistått vid att fylla i ansökan, om någon annan än ovannämnda person. Uppge namn och telefonnummer.		
Befattning, eller förhållande till klienten		

Dina uppgifter registreras i social-, hälsovårds- och räddningssektorns klientdatasystem.
Registerbeskrivningen för systemet finns att läsa på kundbetjäningarna och på hel.fi/integritetspolicyer.

Lämna in ansökan till verksamhetsstället i ditt bostadsområde. Verksamhetsställenas adresser finns på https://www.hel.fi/sv/social-och-halsovardstjanster/funktionshinderservice/socialt-arbete.