

| |
|--------------------------|
| Ansökningens returadress |
| Ankomstdag |

1. DEN SÖKANDES UPPGIFTER

| |
|--|
| Den sökandes namn |
| Personbeteckning |
| Yrke |
| Adress |
| Telefonnummer |
| E-postadress |
| Kommunikationsspråk |
| Sökandens kontonummer |
| Sökandens skada eller sjukdom |
| Behövs tolk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| Namn på den som utråder ärenden för en minderårig sökande/förälder/vårdnadshavare/intressebevakare/annan kontaktperson |
| Adress till den som utråder ärenden för en minderårig sökande/förälder/vårdnadshavare/intressebevakare/annan kontaktperson |
| Telefonnummer |
| E-postadress |

2. SÖKT SERVICE

| |
|--|
| Den service som söks (välj bland alternativen) |
| <input type="checkbox"/> Ändringsarbeten i bostäder och/eller redskap och utrustning som permanent hör till bostaden |
| <input type="checkbox"/> Redskap, maskin eller apparat som behövs i de dagliga funktionerna, vilken? |
| <input type="checkbox"/> Dag- och arbetsverksamhet |
| <input type="checkbox"/> Serviceboende/boendetjänst |
| <input type="checkbox"/> Anpassningsträning (t.ex. handledning för rörelsefärdigheterna, boendeprovning) |
| <input type="checkbox"/> Extra kostnader för kläder |
| <input type="checkbox"/> Tillfällig vård |
| <input type="checkbox"/> Stödperson |
| <input type="checkbox"/> Specialomsorgsprogram |
| <input type="checkbox"/> Dagvård av rehabiliteringsorsaker (förutsätter gällande specialomsorgsprogram) |
| <input type="checkbox"/> Skolelevs eftermiddagsvård och vård under semester för elever i årskurs 3–10 (förutsätter gällande specialomsorgsprogram) |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Annat, vad? |
| I vilka ärenden behöver ni hjälp på grund av skada eller sjukdom? (t.ex. mobilitet, dagliga sysslor, hushållsarbete, att sköta ärenden, kommunikation, sociala färdigheter) |
| <input type="checkbox"/> Jag ansöker om personlig hjälp |
| Er uppskattning om behovet och mängden personlig assistens/ange hur många timmar/vecka. * Använd blanketten Veckokalender för utvärdering av hjälpbehovet för att uppskatta behovet av personlig hjälp och lämna in den tillsammans med ansökan om handikappservice. |
| påklädning / |
| skötsel av personlig hygien / |
| mat- och klädvård / |
| hemvård / |
| butikbesök / |
| uträttande av andra ärenden / |
| deltagande i de dagliga sysslorna för ett barn under vård eller omsorg / |
| arbete eller studier / |
| övriga ärenden, vilka? / |
| hobbyer, samhälleligt deltagande eller fritidssysslor / |
| Hur mycket personlig assistens söker ni i veckan? |

Färdtjänst och stöd för närståendevård ansöks med separata blanketter.

| |
|---|
| Vilken hjälp eller service får ni just nu? |
| Var får ni hjälp och hur mycket (t.ex. hemvården, en närstående, en granne)? |
| Får ni t.ex. tjänster eller ersättning/stöd från t.ex. ett försäkringsbolag på grund av er skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Varifrån och vad (t.ex. från försäkringsbolaget)? |

Motiveringarna för behovet med egna ord. På vilka sätt hjälper den tjänst ni söker att klara er självständigt?

Mer information

Bilagor

- Nyaste läkarintyg/patientjournal
 Terapeututlåtande
 Annat, vad?

3. SAMTYCKE

- Jag ger mitt samtycke till att uppgifter som är nödvändiga för behandlingen av ärendet skaffas av andra myndigheter.
 Jag ger inte mitt samtycke till att uppgifter som är nödvändiga för behandlingen av ärendet skaffas av andra myndigheter.

Datum

Underskrift och namnförtydligande

Era klientuppgifter registreras i social- och hälsovårdssektorns klientdatasystem. Systemets registerbeskrivning finns framlagd på kundtjänstkontoret och på internet på adressen www.hel.fi/rekisteriseloste.