

ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST ENLIGT SOCIALVÅRDSLAGEN

Anlänt: ____ / ____ 20__

Personuppgifter

Efternamn och förnamn		Personsignum
Adress och postnummer		
Yrke	Telefon	
Närmaste anhörig / intressebevakare / kontaktperson (kontaktuppgifter)		
Civilstånd: <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> änka/änkling <input type="checkbox"/> frånskild <input type="checkbox"/> annat/vad? _____		
Boendeform <input type="checkbox"/> egnahemshus <input type="checkbox"/> radhus <input type="checkbox"/> höghus <input type="checkbox"/> annat, vilket _____ <input type="checkbox"/> Dygnet runt boende / serviceboende: _____		
Besittningsförhållande: <input type="checkbox"/> ägare <input type="checkbox"/> hyresgäst <input type="checkbox"/> annat, vilket _____		
Bor ensam: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, namn och födelseår på personer som bor i samma hushåll: _____		

Bruttoinkomster/besparingar

Inkomstgränsen är **1355 € brutto** per månad samt **besparingsgräns 6000 €** för ensamstående personer och **2260 € brutto** per månad samt **besparingsgräns 10 000 €** för två personers hushåll.

Bruttoinkomst för hela hushållet per månad: _____

Hela hushållets besparingar: Ja, vad,/summa: _____ Nej

Hälsotillstånd/funktionsförmåga, handikapp eller sjukdom

Kort beskrivning av hälsotillståndet, sjukdom eller handikapp som försvårar funktionsförmågan.

Bruk av hjälpmedel

Inomhus

- Käpp
- Armbågskrycka
- Rollator
- Rullstol
- Elrullstol
- Annat, vad: _____

Utomhus

- Käpp
- Armbågskrycka
- Rollator
- Rullstol
- Elrullstol
- Annat, vad: _____

Hur många enkelriktade ärende- och rekreationsresor uppskattar ni att ni behöver i månaden?

Vilket färdmedel har ni hittills använt?

Behov av ledsagare

Service och stödformer

- hemvård/hemsjukvård, vad/hur ofta? _____
- stödtjänster, vilka? _____
- privat hemservice/städtjänst, vad/hur ofta? _____
- annat, vad? _____
- nej

Jag ger mitt samtycke till att behövliga tilläggsuppgifter får inhämtas från andra myndigheter (t.ex. läkare, fysioterapeut, vård i hemmet, bäddavdelning)?

- Ja Nej

Person som hjälpt till att göra ansökan (namn, telefon, tjänsteställning/släktskapsförhållande):

Datum och underskrift

Bifoga: - Läkarutlåtande
- Utredning över hela hushållets bruttoinkomster samt besparingar (t.ex. pensionsbeslut, beskattningsbeslut, kontoutdrag)

Klientuppgifterna registreras i klientdatabasen hos socialvården.

Mera information:

Socialhandledare, Seniorrådgivning
Seniorrådgivningen, vardagar kl. 8-11
Handikappenheten, må, ons-fre kl 9-10

tfn 019 289 3308
tfn 019 289 3133
tfn 019 289 2000

Blanketten returneras till:

Socialbyrån i Raseborg
Raseborgsvägen 37, Torpet
10650 Ekenäs

Seniorrådgivning, Karis Servicehus
Felix Fromsgatan 6,
10300 Karis