



Ansökan om handikappservice

Ansökan mottagits (ifylls av mottagaren) _____

1. Sökandes personuppgifter

Namn		Personbeteckning
Gatuadress		
Postnummer och -anstalt		Hemort enligt befolkningsdatasystemet
Telefonnummer	E-post	

2. Bankuppgifter

IBAN-kontonummer (konto i Finland) om ersättning söks i efterskott FI
--

3. Närmast anhörig eller intressebevakare

Namn	Telefonnummer
Gatuadress	
Postnummer och -anstalt	Släktförhållande

4. Handikapp eller sjukdom

Handikapp eller sjukdom (bifoga läkarintyg vid första ansökan)
När och var uppstod handikappet/sjukdomen
Olägenheter som handikappet/sjukdomen förorsakar vid vardagliga situationer



5. Service som ansöks (färdtjänst ansöks med skild blankett)

- Serviceplan (kartläggning av funktionsförmåga och servicebehov)
- Ändringsarbeten i bostaden
- Redskap och anordningar som hör till bostaden
- Serviceboende
- Redskap, maskin eller anordning för vardagliga sysslor
- Dagverksamhet
- Anpassningsträning (t.ex. Undervisning i kommunikation)
- Annat, vad? (t.ex extra kostnader för kläder eller specialdiet, stödperson)

- Personlig assistans

Klientens egen bedömning av behovet och dess omfattning:

på- och avklädning	_____	h/vecka
skötandet av personlig hygien	_____	h/vecka
måltids- och klädvård	_____	h/vecka
hushållsarbete	_____	h/vecka
butiksbesök	_____	h/vecka
andra ärenden	_____	h/vecka
arbete eller studier	_____	h/vecka
hobbyn	_____	h/vecka
samhällsengagemang	_____	h/vecka
upprätthållande av sociala kontakter	_____	h/vecka
annat, vad?	_____	h/vecka
_____	_____	h/vecka

Tilläggsuppgifter gällande ansökt service

6. Funktionsförmåga (hur man klarar de dagliga sysslorna) + hjälpmedel

Ätande	<input type="checkbox"/> självständigt	<input type="checkbox"/> med hjälpmedel	<input type="checkbox"/> behöver hjälp	<input type="checkbox"/> beroende av hjälp
På-/avklädning	<input type="checkbox"/> självständigt	<input type="checkbox"/> med hjälpmedel	<input type="checkbox"/> behöver hjälp	<input type="checkbox"/> beroende av hjälp
Personlig hygien	<input type="checkbox"/> självständigt	<input type="checkbox"/> med hjälpmedel	<input type="checkbox"/> behöver hjälp	<input type="checkbox"/> beroende av hjälp
Toalettbesök	<input type="checkbox"/> självständigt	<input type="checkbox"/> med hjälpmedel	<input type="checkbox"/> behöver hjälp	<input type="checkbox"/> beroende av hjälp
Rörlighet	<input type="checkbox"/> självständigt	<input type="checkbox"/> med hjälpmedel	<input type="checkbox"/> behöver hjälp	<input type="checkbox"/> beroende av hjälp
Hjälpmedel	<input type="checkbox"/> käpp/käppar	<input type="checkbox"/> kryckor	<input type="checkbox"/> rollator	<input type="checkbox"/> rullstol
Andra hjälpmedel: _____				
Hur rör ni er i bostaden? Hur klarar ni trappor?				
Sinnesförmågor				
Syn:				
<input type="checkbox"/> god	<input type="checkbox"/> svag	<input type="checkbox"/> blind		
Hörsel				
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> svag	<input type="checkbox"/> hörapparat	<input type="checkbox"/> döv	
Speciella svårigheter att tala eller kommunicera				
<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja, beskriv hur			
Tilläggsuppgifter gällande funktionsförmågan				

7. Extern hjälp

Service från hemvården	Hjälp av någon annan
<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja, hur ofta?
<input type="checkbox"/> ja, hur ofta?	<input type="checkbox"/> nej
	<input type="checkbox"/> ja, hur ofta? hurdan hjälp?
Har ni ett giltigt beslut om stöd för närståendevård?	
<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja



8. Boende

Boendeform		
<input type="checkbox"/> ensam	<input type="checkbox"/> hos föräldrar	<input type="checkbox"/> med partner <input type="checkbox"/> med syskon
<input type="checkbox"/> med barnen	<input type="checkbox"/> med någon annan person	Antal boende:
Typ av bostad		
<input type="checkbox"/> vanlig bostad	<input type="checkbox"/> vanlig bostad med utförda ändringsarbeten	
<input type="checkbox"/> servicebostad för handikappade	<input type="checkbox"/> annan servicebostad	
<input type="checkbox"/> annan bostad:		
Typ av hus		
<input type="checkbox"/> höghus	<input type="checkbox"/> egnahemshus	<input type="checkbox"/> radhus <input type="checkbox"/> annat, vad?
Bostadens ägarförhållanden		Storlek (m2)
<input type="checkbox"/> egen bostad	<input type="checkbox"/> hyresbostad	Antal rum
Utrustningsnivå		
<input type="checkbox"/> hiss	<input type="checkbox"/> ingen hiss	Bostadsvåning:

9. Försäkringsbolag och FPA

Fås ersättning för handikappet från något försäkringsbolag?	
<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja, vilket bolag? _____
försäkrings- /skadenummer: _____	
Har FPA beviljat handikappbidrag eller vårdbidrag	
<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja, vilket? _____

11. Samtycke

Era uppgifter kommer att sparas i socialbyråns kunddatasystem.	
<input type="checkbox"/>	Jag ger mitt samtycke till att personen som behandlar min ansökan kan begära behövliga tilläggsuppgifter av andra myndigheter (t.ex. läkare, fysioterapeut, ergoterapeut, socialarbetare, hemtjänst, FPA, försäkringsbolag).

12. Tilläggsuppgifter

--

13. Datum och underskrift (den sökande eller representant)

Datum och ort	Underskrift och namnförtydligande

Bilagor till ansökan:

1. Läkarintyg om hälsotillstånd, (sjukdomens/handikappets varaktighet) samt prognos bör alltid inlämnas i samband med ansökan
2. Expertutlåtande (t.ex. av rehabiliteringshandledare eller annan expert) över hjälpbehovet
3. Kostnadsberäkning
4. Annan bilaga, t.ex. en fritt formulerad beskrivning av funktionsförmågan och sjukdomen eller handikappet som förorsakar hjälpbehovet

Ansökan returneras till:

Raseborgs stad, Socialbyrån / Handikappservice, PB 58, 10611 Raseborg
Besöksadress: Raseborgsvägen 37, Torpet, 10650 Ekenäs

Information om service för gravt handikappade:

- ♦ Socialarbetare och socialhandledare inom Handikappservice, telefontid må, ons-fre kl. 9-10 tfn 019 289 2000 / stadens växel
- ♦ Direktiv för beviljande av service för gravt handikappade personer i enlighet med lagen om service och stöd på grund av handikapp
Godkända av social- och hälsovårdsnämnden 7.11.2019 § 117
- ♦ Verksamhetsdirektiv för anslagsbundna stödåtgärder och tjänster som avses i handikappservicelagen och -förordningen
Godkända av social- och hälsovårdsnämnden 7.11.2019 § 116
- ♦ Verksamhetsdirektiv för personlig assistans
Godkända av social- och hälsovårdsnämnden 7.11.2019 § 114