

**ANSÖKAN OM NEDSÄTTNING ELLER  
EFTERSKÄNKANDE AV KLIENTAVGIFT**

Du kan ansöka om nedsättning eller efterskänkande av klientavgiften om du på grund av din ekonomiska situation inte kan betala den. Du kan ansöka om nedsättning av alla avgifter för socialvården (både inkomstrelaterade och jämnstora avgifter) och av de avgifter för hälsovården som bestäms enligt dina inkomster (inkomstrelaterade avgifter). Nedsättning och efterskänkande kan i regel beviljas från början av den månad då ansökan inkommit. Du får beslutet snabbare när du skickar in de bilagor som behövs genast i samband med ansökan.

<b>Klientens information</b>	
Efternamn och förnamn	Personbeteckning
Adress	
Postnummer	Postort
Telefonnummer	E-post (man kontaktar dig via e-post vid behov av ytterligare information)
Antal försörjda barn	
<b>Makens/makans/sambons information</b>	
Efternamn och förnamn	Personbeteckning
<b>Intressebevakning</b>	
Intressebevakare Anhörig/närstående, vem? (fullmakt som bilaga) En anställd vid Östra Nylands välfärdssområde, uppgiftsbeteckning:	
<b>Uppgifter om intressebevakningen</b>	
Efternamn och förnamn	
Adress	
Postnummer	Postort
Telefonnummer	E-post
<b>Jag ansöker om nedsättning av klientavgiften för tiden:</b>	
Obs! Nedsättning eller efterskänkande kan i regel beviljas från början av den månad då ansökan inkommit. Om du gör en ansökan för tidigare månader ska du anteckna orsakerna till den retroaktiva ansökan i blankettens motivering (i slutet av ansökan)	
<b>Avgift(er) som ansökan gäller:</b> Välj nedan för vilken eller vilka avgifter du ansöker om nedsättning av	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg, tjänster för äldre</li> <li>Långvarigt gemenskapsboende, tjänster för äldre</li> <li>Långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg, tjänster för personer i arbetsför ålder</li> <li>Långvarigt gemenskapsboende, tjänster för personer i arbetsför ålder</li> <li>Långvarigt serviceboende, mental- och missbrukarvård</li> <li>Hemvård</li> <li>Långvarig institutionsvård (över 3 mån.)</li> <li>Avgifter för funktionshindersservice</li> <li>Måltidsavgifter</li> </ul>	

**ANSÖKAN OM NEDSÄTTNING ELLER  
 EFTERSKÄNKANDE AV KLIENTAVGIFT**

Avgift för trygghetstelefonservice

Övriga avgifter, vad/vilka

(om du ansöker om nedsättning av en avgift för besök inom hälsovården, bifoga fakturan till ansökan)

**Inkomster (deklarerar nettointkomsterna, dvs. efter avdrag av skatter)**

Som bilaga till ansökan behövs kontoutdrag för de senaste tre månaderna. Bifoga kontoutdrag för alla dina konton (inklusive sparkonton)

Inkomster	Klienten netto/månad	Maken/makan/sambon netto/månad
Löneinkomst €/mån		
Pensionsinkomster €/mån		
Underhållsbidrag/-stöd €/mån		
Kapitalinkomster €/mån		
Hysesinkomster €/mån		
Ränteinkomster €/mån		
Bostadsbidrag €/mån		
Vårdbidrag €/mån		
Besparingar eller annan förmögenhet		
Övriga inkomster, vilka?		
<b>Sammanlagt</b>		

**Utgifter**

Utgifter	Klienten netto/månad	Maken/makan/sambon netto/månad
Hyra €/mån		
Driftsvederlag €/mån		
Bruksvederlag €/mån		
Räntor på bostadslån €/mån		
Vattenavgift €/mån		
Elavgift €/mån		
Hemförsäkring €/mån		
Uppvärmningskostnader €/mån		
Övriga boendekostnader (€/mån), vilka?		
Kostnader för receptbelagda läkemedel (€/mån)		
Månadsrat för utsökningen (€/mån)		
Månadsrat för skuldsanering (€/mån), beslut om skuldsaneringen som bilaga		
Underhållsbidrag som ska betalas (€/mån), avtal om underhållsbidrag som bilaga		
Räntor på studielån (€/mån), ett intyg över räntebeloppet som bilaga		
Kostnader för offentlig hälsovård (€/mån), fakturorna för de tre senaste månaderna som bilagor		
Kostnader för intressebevakning (arvode till intressebevakare /€)		
Kostnader för intressebevakning (magistratens revisionsavgift)		
<b>Sammanlagt</b>		

**ANSÖKAN OM NEDSÄTTNING ELLER  
EFTERSKÄNKANDE AV KLIENTAVGIFT**

**Motivering/ytterligare uppgifter om ansökan**

**Bilagor**

Lägg till alla nödvändiga bilagor till din ansökan, markera dem med ett kryss. Utan de begärda bilagorna kan kostnaderna inte beaktas. Ansökan behandlas inte utan kontoutdrag. Observera att transaktioner inte är tillräckliga.

Kontoutdrag för de tre senaste månaderna.

Fakturor på boendekostnader.

Fullmakt, om blankettens avsändare/ombudsman är någon annan än intressebevakaren eller anställd hos VFO.

Ränteintyg för bostadslån eller studielån.

Fakturor på kostnader för offentlig hälsovård.

Beslut om skuldsanering.

Verifikat över kostnader för intressebevakning eller intressebevakningsfullmakt.

Övriga bilagor.

Beslut om klientavgift för service enligt socialvårdslagen och som ansökan gäller.

Faktura på hälsovård som ansökan gäller. Fakturans nummer:

**Ansökan avfattas av**

Namn	Uppgiftsbeteckning
Telefonnummer	E-post
Plats och datum	Underskrift

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:

- *Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 11 §*
- *Förvaltningsstadga för Östra Nylands välfärdsområde 38 §*

Blanketten med bilagorna ska tillställas med till som krypterad e-post till registraturen eller i pappersform till adressen Östra Nylands välfärdsområde / Registraturen, Tullportsgatan 1, 06100 Borgå.

Mera information om hur man skickar en krypterad e-post: [Krypterad e-post – Östra Nylands välfärdsområde](#)