

ANSÖKAN	<input type="checkbox"/> Ny ansökan <input type="checkbox"/> Fortsatt ansökan	
1 SÖKANDE	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Yrke	Kontaktspråk
	Behövs tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tolkningspråk och tolkningsmetod
	Adress	Postnummer och postort
	Hemkommun	Telefonnummer
	E-post	
	Vårdnadshavares namn och kontaktuppgifter (om sökanden är under 18 år)	
	Intressebevakares namn och kontaktuppgifter	
Sökandens funktionsnedsättning eller sjukdom, diagnoser		
2 KONTAKTUPPGIFTER FÖR PERSON SOM SKÖTER ÄRENDE FÖR SÖKANDEN	Vårdnadshavarens/intressebevakarens namn	
	Vårdnadshavarens/intressebevakarens kontaktuppgifter, telefonnummer, e-postadress	
	Jag har fått en officiell fullmakt att företräda sökanden <input type="checkbox"/> Ja (bifoga fullmakt eller intressebevakningsfullmakt)	
	Vårdnadshavarens/intressebevakarens underskrift och namnförtydligande	
3 TJÄNST SOM ANSÖKS	Med denna ansökan kan ni begära en bedömning av servicebehov enligt lagen om funktionshinderservice, där behovet av stöd och tjänster utreds. <input type="checkbox"/> Bedömning av servicebehov inom handikappservice <i>Stöd för rörlighet enligt lagen om funktionshinderservice ansöks med en separat blankett.</i>	
4 NUVARANDE STÖD, HJÄLP OCH/ELLER TJÄNSTER	Markera om du för närvarande får följande stöd, hjälp eller tjänster. Om du svarar ja, beskriv kort vilken typ av stöd eller tjänst det är, vem som ordnar den samt hur ofta eller hur mycket du får (t.ex. timmar per vecka, antal besök eller omfattning).	

	Ja	Nej	Beskrivning
Hjälpmedel			
FPA:s förmåner och rehabilitering			
Hemvård			
Hemsjukvård			
Medicinsk rehabilitering			
Övriga tjänster och stödåtgärder			
Stöd för närståendevård			
Hjälp från anhöriga och närstående			
Stödtjänster inom socialvården			
Försäkringsbaserade ersättningar och tjänster			
Handikappservice			

Tjänster enligt socialvårdslagen är primära i förhållande till funktionshinderservice.
Funktionshinderservice kan beviljas om dessa inte räcker till.

Har det gjorts en bedömning av servicebehovet?

Ja Nej Vet inte

Om ja, när gjordes den? _____

Får du ersättning eller stöd från ett försäkringsbolag på grund av funktionsnedsättning eller sjukdom?

Ja Nej

Om du svarade ja, ange från vilken försäkring ni får ersättning eller stöd:

	<p><input type="checkbox"/> Arbetsolycka (försäkringsbolag och nummer)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Trafikolycka (försäkringsbolag och nummer)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Annat, vad (försäkringsbolag och nummer)</p> <hr/>
<p>5 MOTIVERINGAR FÖR ANSÖKAN</p>	<p>I vilka situationer behöver du daglig hjälp på grund av din funktionsnedsättning eller sjukdom?</p> <p>Hur beskriver du din nuvarande funktionsförmåga med anledning av din skada eller sjukdom i vardagliga aktiviteter i hemmet och utanför hemmet?</p> <p>När uppstod den nuvarande funktionsnedsättningen i samband med din skada eller sjukdom?</p> <p>På vilket sätt skulle den tjänst du ansöker om hjälpa dig att klara dig självständigt i din vardag med anledning av din skada eller sjukdom?</p>

6 BEHOV AV HJÄLP (DAGLIGA FUNKTIONER)	Bedöm ditt behov av hjälp i dagliga funktioner:					
		Behöve r ingen hjälp	Behöve r lite hjälp	Behöve r mycket hjälp	Helt beroend e av andra	Beskriv ditt behov av stöd
	Uträtta ärenden utanför hemmet					
	Fritidsaktiviteter					
	Personlig hygien					
	Rörlighet					
	Läkemedelsbehandli ng					
	Påklädning					
	Matlagning					
	Måltider					
	Städning					
	Social interaktion					
	Arbete och studier					
	Klädvård					
<input type="checkbox"/> Annat behov av hjälp i dagliga aktiviteter, vad? <hr/>						
Hur mycket hjälp behöver du i genomsnitt?						
<input type="checkbox"/> _____ timmar / dag <input type="checkbox"/> _____ timmar / vecka						
När behöver du hjälp?						

	<p><input type="checkbox"/> på morgonen <input type="checkbox"/> på dagen <input type="checkbox"/> på kvällen <input type="checkbox"/> på natten</p> <p>Är behovet av hjälp: <input type="checkbox"/> dagligt <input type="checkbox"/> flera gånger i veckan <input type="checkbox"/> sporadiskt <input type="checkbox"/> varierande</p> <p>Behöver du stöd i vardagen relaterat till syn, hörsel eller andra sinnen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Om ja, beskriv situationerna:</p>
<p>7 BILAGOR</p>	<p>Bifoga nödvändiga dokument som gäller ansökan: <input type="checkbox"/> Läkar- eller expertutlåtande om sjukdom/funktionsnedsättning och servicebehov. Utlåtandet bör beskriva nuvarande funktionsförmåga och vara högst 6 månader gammalt <input type="checkbox"/> Utlåtande av fysioterapeut, ergoterapeut eller talterapeut</p> <p><input type="checkbox"/> Annat utlåtande:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Om de utlåtanden som behövs för behandlingen av ansökan inte lämnas in trots begäran inom tre (3) månader, kan ansökan avgöras utifrån de uppgifter som finns tillgängliga.</p>
<p>8 DATUM OCH UNDERSKRIFT</p>	<p><input type="checkbox"/> Jag intygar att uppgifterna jag lämnat i denna blankett är korrekta, och jag förbinder mig att meddela eventuella förändringar samt samtycker till att mina uppgifter får kontrolleras hos andra myndigheter.</p> <p><input type="checkbox"/> Socialmyndigheten kan från skattemyndigheten och FPA få tillgång till sekretessbelagda personuppgifter som finns i deras register oberoende av samtycke, för att fastställa avgiften och för att kontrollera uppgifter.</p> <p>DATUM</p> <p>_____</p> <p>Sökandens underskrift och namnförtydligande</p>
<p>9 DEN SOM FYLLT I ANSÖKAN</p>	<p>Ansökan kan upprättas av en myndighet, en laglig företrädare, en anhörig eller någon annan närstående.</p> <p>Namn</p> <p>_____</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>_____</p> <p>Är den sökande medveten om att ansökan till handikappservice har upprättats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>

	Relation till sökanden: <input type="checkbox"/> Intressebevakare <input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Myndighet
--	--

Lagar som ligger till grund för dokumentet:

- Socialvårdslagen (1301/2014) §36
- Lagen om funktionshinderservice (675/2023) §4
- Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) 24 § 25 punkt
- Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) 14 §

1. Skriv ut och fyll i blanketten.

2. Skicka blanketten per post till adressen: **Funktionshinderservice Borgå,
Teknikbågen 1, 06100 Borgå**