Itä-Uusimaa Hyvinvointialue
Östra Nyland Välfärdsområde

ANSÖKAN OM FUNKTIONSHINDERSERVICE

ANSÖKAN	☐ Ny ansökan ☐ Fortsatt ansökan	
1 SÖKANDE	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Yrke	Kontaktspråk
	Behövs tolk ☐ Ja ☐ Nej	Tolkningsspråk 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 ÄRENDEN FÖR SÖKANDEN	Vårdnadshavarens/intressebevakarens namn	
	Vårdnadshavarens/intressebevakarens kontaktuppgifter, telefonnummer, e-postadress	
	Jag har fått en officiell fullmakt att företräda sökanden ☐ 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. ☐ **Bedömning av servicebehov inom funktionshinderservice** *Stöd för rörlighet enligt lagen om funktionshinderservice ansöks med en separat blankett.*	
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			

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:

☐ Arbetsolycka (försäkringsbolag och nummer)

_____ _____

☐ Trafikolycka (försäkringsbolag och nummer)

_____ _____

☐ Annat, vad (försäkringsbolag och nummer)

	_____
5 MOTIVERINGAR FÖR ANSÖKAN	I vilka situationer behöver du daglig hjälp på grund av din funktionsnedsättning eller sjukdom? Hur beskriver du din nuvarande funktionsförmåga med anledning av din skada eller sjukdom i vardagliga aktiviteter i hemmet och utanför hemmet? När uppstod den nuvarande funktionsnedsättningen i samband med din skada eller sjukdom? 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?
6 BEHOV AV HJÄLP (DAGLIGA FUNKTIONER)	Bedöm ditt behov av hjälp i dagliga funktioner:

	Behöver ingen	Behöver lite	Behöver	Helt beroend	Beskriv ditt behov

	hjälp	hjälp	mycket hjälp	e av andra	av stöd
Uträtta ärenden utanför hemmet					
Fritidsaktiviteter					
Personlig hygien					
Rörlighet					
Läkemedelsbehandling					
Påklädning					
Matlagning					
Måltider					
Städning					
Social interaktion					
Arbete och studier					
Klädvård					

☐ Annat behov av hjälp i dagliga aktiviteter, vad?

_____

Hur mycket hjälp behöver du i genomsnitt?

☐ _____ timmar / dag
☐ _____ timmar / vecka

När behöver du hjälp?

☐ på morgonen ☐ på dagen ☐ på kvällen ☐ på natten

Är behovet av hjälp:
☐ dagligt ☐ flera gånger i veckan ☐ sporadiskt ☐ varierande

Behöver du stöd i vardagen relaterat till syn, hörsel eller andra

	sinnen? ☐ ja ☐ nej Om ja, beskriv situationerna:
7 BILAGOR	Bifoga nödvändiga dokument som gäller ansökan: ☐ **Läkar- eller expertutlåtande** om sjukdom/funktionsnedsättning och servicebehov. Utlåtandet bör beskriva nuvarande funktionsförmåga och vara högst **6 månader gammalt** ☐ **Utlåtande av fysioterapeut, ergoterapeut eller talterapeut** ☐ **Annat utlåtande:** _____ _____ 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.
8 DATUM OCH UNDERSKRIFT	☐ 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. ☐ 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. DATUM _____ Sökandens underskrift och namnförtydligande _____
9 DEN SOM FYLLT I ANSÖKAN	Ansökan kan upprättas av en myndighet, en laglig företrädare, en anhörig eller någon annan närstående. Namn _____ Telefonnummer: _____ Är den sökande medveten om att ansökan till handikappservice har upprättats? ☐ Ja ☐ Nej Relation till sökanden: ☐ Intressebevakare ☐ Anhörig ☐ Närstående ☐ 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**