Itä UUSIMAA / Östra NYLAND | Hyvinvointialue / Välfärdsområde

ANSÖKAN OM SOCIALSERVICE INOM BARNFAMILJERNAS TIDIGA STÖD
Sekretessbelagd

Blanketten har fyllts i av	☐ Jag ansöker om service åt mig själv ☐ Jag ansöker om service åt någon annan	
Servicemottagare	Efternamn och förnamn	
	Personbeteckning	
	Språk	
	Näradress	
	Postnummer	Ort
	Telefonnummer	e-post
Tjänster som kan sökas direkt *Obs! Välfärdsområdets egna tjänster ordnas vardagar mellan 07–18.* *Ansökan skickas vidare från barnfamiljernas klienthandlednings säkerhetspost till den sökta servicen.*	☐ **Barnfamiljernas hemservice (avgiftsbelagd service)** *I första hand kortvarigt stöd; barnavård för upprätthållande av vardagliga funktioner, praktisk hjälp och stöd i hemmet.* ☐ *Jag önskar att min betalningsförmåga utvärderas gällande hemservicens avgift eller servicesedelns självriskandel och bifogar en inkomstutredning med ansökan* ☐ **Uppfostrings- och familjerådgivning** (avgiftsfri service) *Uppfostrings- och familjerådgivningen erbjuder handledning, rådgivning och terapeutiskt stöd samt olika undersökningar t.ex. gällande föräldraskap och uppfostran, familjens interaktionsförhållanden, tidig anknytning samt utmaningar och kriser i familjelivet. Dessutom erbjuds stöd gällande barn och ungas tillväxt och utveckling, föräldrarnas separation, föräldraskap efter separation och barnets anpassning till föräldrarnas separation. För familjer med barn i åldern 0–18 år.* **Familjerättslig service** (avgiftsfri service) ☐ **Separationshjälp samt föräldraskapsplan** *Möjlighet för föräldrar som är skilda eller överväger separation att fundera över barnets ärenden och praktiska arrangemang samt förstärka föräldraskapet efter separationen. Ca. 5 gånger också som en del av bedömning av servicebehovet eller annan serviceform, t.ex. barnatillsyn, socialt arbete eller familjehandledning.* ☐ **Medling i familjeärenden** *Vid medling i familjeärenden är målsättningen att hjälpa föräldrarna att lösa sina meningsskiljaktigheter och säkerställa barnets ställning vid separation. Medlingen är konfidentiell och frivillig.* **Familjehandledning och rådgivning** (avgiftsfri service) *Diskussionshjälp med låg tröskel till vardagliga utmaningar, inget klientskap. Fokus på en avgränsad utmaning t.ex. trotsålder, rutiner osv. Teams/telefonsamtal/träff. 1–3 ggr.* ☐ **Familjehandledning för familjer och barn i rådgivningsålder** ☐ **Familjehandledning för familjer med barn i åldern 7–17 år**	

ANSÖKAN OM SOCIALSERVICE INOM BARNFAMILJERNAS TIDIGA STÖD
Sekretessbelagd

Annan socialservice	Har familjen annan socialservice just nu? ☐ Ja ☐ Nej
Socialservice för barnfamiljer som ansöks på annan blankett	Om du inte vet vilken service familjen behöver eller önskar någon annan socialservice fyll i ☐ **Barnskyddsanmälan eller kontakt med socialvården** / Bedömning av servicebehovet Om familjen är i behov av ekonomiskt stöd, fyll i ☐ **Kompletterande och förebyggande utkomststöd**
Beskrivning och motiveringar	Berätta kort familjens situation och utmaningar, eventuell information om ert boende, arbetstider, skola/dagvård, familjens andra serviceformer för tillfället
	Professionell bedömning av stödbehovet
Tidperiod för vilken servicen ansöks	*Om servicen ansöks tills vidare, antecknas endast inledningsdag* Inledningsdag Avslutningsdag
Övriga personer som berörs av tjänsten	Personer som bor i samma hushåll, namn och personbeteckning
	Övriga familjemedlemmar som berörs av tjänsten, t.ex. minderåriga barn/andra servicemottagare, namn och personbeteckning
Tilläggsuppgifter	Andra saker som påverkar servicens genomförande:
Bilagor	Som bilagor till ansökan skickas: ☐ Inkomstutredning med bilagor för utvärderande av klientavgift vid barnfamiljernas hemservice ☐ Annat, vad?
Datum och underskrift	☐ Jag ger mitt samtycke till myndighetssamarbete som är väsentligt för tjänsten som rör mig/min anhöriga när det gäller social- och hälsovårdstjänster i Östra Nylands välfärdsområde. Den utbytta informationen är alltid nödvändig för samarbetet och de ovan nämnda syftena. Anställda utbyter och använder din information konfidentiellt. ☐ Alla ☐ endast vissa tjänster, vilka: Plats och datum Servicemottagarens underteckning

Ansökan har fyllts i av *T.ex. en professionell, personens lagliga företrädare, en anhörig eller annan närstående*	Namn och tjänstebeteckning
	Telefonnummer
	Förhållande till servicemottagaren

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:

- *24 § 25 punkten i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999)*
- *14 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)*