



Inkommit:

Service enligt lagen om handikapps-service, lagen om specialomsorger för utvecklingsstörda, socialvårdslagen

1 SÖKANDENS PERSONUPPGIFTER	
Släktnamn och förnamn	Personbeteckning
Gatuadress	
Postnummer och -anstalt	Yrke
Telefon (hem, mobil)	E-postadress
Personer som bor i samma hushåll	
Namn och kontaktuppgifter på nära anhörig eller intressebevakare	
Modersmål <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> teckenspråk <input type="checkbox"/> annat, vad?	
Bank och kontonummer (IBAN)	
2 SERVICE SOM SÖKS	
Service med stöd av handikapps-service-lagen	
<input type="checkbox"/> Anpassningsträning	<input type="checkbox"/> Ändringsarbeten i bostaden och till bostaden hörande redskap och anordningar
<input type="checkbox"/> Serviceboende	<input type="checkbox"/> Redskap, anordningar och maskiner som behövs i vardagliga sysslor
<input type="checkbox"/> Personlig assistans (tilläggsutredning i punkt 4)	<input type="checkbox"/> Kostnader för extra klädsel
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för gravt handikappade	<input type="checkbox"/> Annat, vad?
<input type="checkbox"/> Stödperson	
Service med stöd av lagen om specialomsorger för utvecklingsstörda	
<input type="checkbox"/> Morgon- och eftermiddagsvård för skolelever samt vård under ledighet	<input type="checkbox"/> Boendeservice
<input type="checkbox"/> Stödperson	<input type="checkbox"/> Dag- och arbetsverksamhet
<input type="checkbox"/> Korttidsvård	<input type="checkbox"/> Anstaltsvård
<input type="checkbox"/> Familjevård	<input type="checkbox"/> Annat, vad?
Service med stöd av socialvårdslagen	
<input type="checkbox"/> Boendeservice	<input type="checkbox"/> Korttidsvård
<input type="checkbox"/> Dag- och arbetsverksamhet	<input type="checkbox"/> Annat, vad?
3 MOTIVERINGAR	
Handikapp eller sjukdom	



Får ni service eller ersättning p.g.a. handikapp eller sjukdom? Varifrån?	
I vad behöver ni hjälp p.g.a. handikapp eller sjukdom?	
På vilket sätt skulle den sökta servicen underlätta ert liv?	
Får ni hemservice/hemvård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ifall ni får, för vad och hur mycket?	
4 PERSONLIG ASSISTANS	
För vad behöver ni personlig assistans p.g.a. handikapp eller sjukdom?	
För hur många timmar i veckan eller månaden söker ni personlig assistans?	
5 MEDGIVANDE	
Min ansökan behandlas i en mångprofessionell utvärderingsgrupp med tjänsteinnehavare från olika service inom grundtrygghetsavdelningen. Anställda som behandlar min ansökan kan be sådana tilläggsuppgifter om mig av andra myndigheter, som är nödvändiga för behandlingen av min ansökan. <input type="checkbox"/> Jag ger mitt medgivande <input type="checkbox"/> Jag ger inte mitt medgivande	
6 UNDERSKRIFT	
Datum	Sökandens underskrift samt namnförtydligande
7 PERSONEN SOM HJÄLPT TILL ATT FYLLA I ANSÖKAN	
Namn	
Tjänsteställning eller släktskap	Telefon (hem, mobil)
BILAGOR <input type="checkbox"/> Läkarintyg <input type="checkbox"/> Annan bilaga, vad?	

Blanketten skickas till:

Sjundeå kommun • Grundtrygghetsavdelningen/socialservice • Parkstigen 1 • 02580 Sjundeå