



ANSÖKAN OM ÄNDRINGSARBETE I BOSTADEN ENLIGT SOCIALVÅRDSLAGEN

Uppfyller ansökan kriterier för handikappservicelagen överförs ansökan till socialomsorgen

Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personsignum
Adress	
Telefon	
Närmaste anhörig/ kontaktperson/ intressebevakare	Namn och telefon
Civilstånd <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> änka/änkling <input type="checkbox"/> fränskild	
Boendeform <input type="checkbox"/> egnahemshus <input type="checkbox"/> radhus <input type="checkbox"/> höghus <input type="checkbox"/> annat _____ <input type="checkbox"/> ägare <input type="checkbox"/> hyresgäst <input type="checkbox"/> annat _____	
Bor ensam: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, namn och födelseår på person bor i samma hushåll _____ _____	

Bruttoinkomster/besparingar

Bruttoinkomst för hela hushållet per månad: _____	Vårdbidrag från FPA <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Besparingar för hela hushållet: <input type="checkbox"/> ja, vad/ summa _____	<input type="checkbox"/> nej

Hälsotillstånd/ funktionsförmåga, handikapp eller sjukdom

Beskriv kort om hälsotillstånd (sjukdom eller handikapp) som försvårar funktionsförmågan, hjälpmedel
--

Beskriv kort om det sökta omändringsarbete, eventuella kostnadsförslag

Service och stödformer

- Hemvård/hemsjukvård, vad/ hur ofta? _____
- Stödtjänster, vilka? _____
- privat hemservice/städjänst, vad, hur ofta? _____
- annat, vad? _____
- Nej

Jag ger mitt samtycke till att behövliga tilläggsuppgifter kan begäras från andra myndigheter (t.ex. läkare, fysioterapeut, vård i hemmet, bäddavdelning)

ja nej

Person som hjälpt till med ansökan (namn, telefon, släktskap eller tjänsteställning)

Datum och underskrift

- Bilaga:
- utlåtande av sakkunniga inom social- och hälsovården eller annan sakkunnig,
 - utredning över hela hushållets bruttoinkomster (t.ex. pensionsbeslut, beskattningsbeslut)
 - utredning över hela hushållets besparingar (t.ex. kontoutdrag)

Närmare information ger
 Servicehandledare tfn (06) 786 3549 el 044 785549
 Besöksadress:
 SeniorCenter, Köpmansgatan 8, Jakobstad

Returnera blanketten till:
 Social och hälsovårdsverket
 Servicehandledare/ SeniorCenter
 PB 111
 68601 Jakobstad

Datum _____

seniorhandledare

socialarbetare

enligt socialvårdslagen enligt handikappservicelagen