



## 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"/> frånskild	
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