



ANSÖKAN
Behov av service för person med funktionshinder

Ankomstdatum
___/___ 20___

Personuppgifter om den som är i behov av service

Tillnamn och förnamn	Personbeteckning	
Adress	Telefon hem	Telefon tjänst

Behov av service

Bedömning av servicebehov

1. BOENDE

Ändringsarbeten i bostaden, vilka och beräknade kostnader

Redskap och anordningar i bostaden, vilka och beräknade kostnader

Serviceboende Stödbostad Annat, vad? _____

2. SOCIAL REHABILITERING OCH ARBETE

Rehabiliteringshandledning Anpassningsträning

Arbetsverksamhet för handikappade Dagverksamhet för handikappade

3. HJÄLP AV ANNAN PERSON

Avlastningsvård/familjevård för handikappade

Personlig hjälpare Beräknat antal timmar som behövs _____

Stödperson Beräknat antal timmar som behövs _____

Förslag på stödperson/personlig hjälpare:

Namn och kontaktuppgifter: _____

4. ANNAT, VAD?

Uppgifter om hälsotillståndet, skadan eller sjukdomen

1. Kort beskrivning av personens hälsotillstånd, användning av hjälpmedel och dyl.
2. Skada eller sjukdom
3. Var och när uppkom skadan/sjukdomen

Tilläggsuppgifter

T.ex. egen synpunkt på behovet av service, beskrivning över de omständigheter som försvårar utförande av dagliga sysslor

Vårdnadshavarens eller annan kontaktpersons namn, adress och telefon

Underskrift

Samtidigt befullmäktigar jag det organ som beslutar om tjänsten/tjänsterna att skaffa de uppgifter som behövs för beslutsfattandet



Ort, datum och underskrift _____

Bilagor

För att förtydliga situationen kan vid behov till anmälan bifogas utlåtande av sakkunniga inom social- och hälsovården eller annan sakkunnig, kostnadsberäkning, uppgjord rehabiliteringsplan osv.

7.12.2015 I:\Kvalitetshandbok\Socialomsorgen\Blanketter\Ansökan behov av service för person med funktionshinder.doc

Ansökan sänds till

Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket
Handikappomsorg/info kommunens namn
PB 111
68601 JAKOBSTAD