



## ANSÖKAN OM HANDIKAPPSERVICE

<b>1.SÖKANDE</b>	Släktnamn och förnamn	
	Personbeteckning	Yrke
	Adress	Postnummer
	Telefon	E-postadress
	Hemort enligt befolkningsregistret	
	Fullständigt bankkontonummer	
<b>2.SERVICE SOM ANSÖKS MED STÖD AV HANDIKAPPSERVICE-LAGEN</b>	1 <input type="checkbox"/> Serviceboende i egna hemmet	
	2 <input type="checkbox"/> Anpassningsträning	
	3 <input type="checkbox"/> Ändringsarbeten i bostaden, samt redskap och anordningar som hör till bostaden	
	4 <input type="checkbox"/> Redskap, apparater och maskiner	
	5 <input type="checkbox"/> Dagverksamhet för gravt funktionshindrade	
	6 <input type="checkbox"/> Extra kostnader för klädsel	
	7 <input type="checkbox"/> Annan, vilken: _____	
	<b>OBS! Skild blankett för färdtjänst.</b>	
<b>3.SPECIFIKATION ÖVER ANSÖKT SERVICEFORM</b>	Specificera här den servicen som du anhåller om:	
	Uppskattade kostnader (€), eller annan beskrivning av servicens omfattning	
	Erhåller ni service eller ersättning från annat håll för samma ändamål, varifrån?	



<b>4. FUNKTIONSHINDER ELLER SJUKDOM</b>	Uppge samtliga funktionshinder eller sjukdomar:
	Ovanstående föranleder följande svårigheter eller begränsningar i det dagliga livet:
	Jag använder följande hjälpmedel:
	Vilken service nyttjar Ni i dagsläget? <input type="checkbox"/> Serviceboende <input type="checkbox"/> Personlig assistans <input type="checkbox"/> Hemservice <input type="checkbox"/> Stöd för närståendevård <input type="checkbox"/> Hemsjukvård <input type="checkbox"/> Kontakt med psykiatriska rehabiliteringsmottagningen (PRM) <input type="checkbox"/> Annat, _____
<b>5. KONTAKTPERSON</b>	<b>Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person:</b> Namn
	Relation/befattning



**SAMTYCKE: Kryssa i ett av följande alternativ:**

Ja, jag samtycker till att socialarbetaren/socialhandledaren vid behov kontaktar övriga aktörer inom social-, sjuk-, och hälsovård (t.ex. ÅHS, Ålands omsorgsförbund), övriga enheter inom socialförvaltningen (t.ex. hemservice) och anhöriga, för samarbete, tilläggsuppgifter samt läkarintyg.

Nej, jag samtycker inte till ovanstående

**Bilagor:**

Läkarintyg

Utlåtande från ergoterapeut

Kostnadskalkyl/offert

Annat: \_\_\_\_\_

Jag intygar härmed att uppgifterna i ansökan är riktiga

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift/namnförtydligande

**ANSÖKAN SKICKAS TILL:**

Gemensamt socialkansli för Finström och Geta  
Skolvägen 2  
22 410 Godby

**KONTAKT**

Socialhandledare telefontid vardagar kl. 9-10: 018-431532  
Socialchef telefontid vardagar kl. 9-10: 018-431530