

Ansökan till funktionshindersservicen

Sökanden

Sökandens efternamn	Sökandens förnamn	Personbeteckning
Telefonnummer	E-postadress	
Adress	Postnummer och postanstalt	
Kontaktspråk och behov av tolkning		

En förälders/vårdnadshavares/intressebevakares uppgifter

En förälders/vårdnadshavares/intressebevakares namn	
Telefonnummer	E-postadress
Adress	Postnummer och postanstalt

Annan kontaktperson

Annan kontaktperson	
Telefonnummer	E-postadress
Adress	Postnummer och postanstalt

Den service som ansökan gäller

Bedömning av servicebehovet
Annat, vad
Berätta kort med vilka saker du behöver hjälp
Under vilken tid behöver du servicen

Funktionsnedsättning eller sjukdom

Diagnoser eller andra skador och sjukdomar
--

Hjälpmedel

Bakgrundsinformation

Bostad (med vem och hur bor du)

Dagvård/skola/studier/arbete

Får du för närvarande hjälp, i så fall av vem

Funktionsförmåga och behov av hjälp

Vilken är din funktionsförmåga och behov av hjälp just nu? (kommunikation, rörelseförmåga, sociala färdigheter, dagliga sysslor, utträttande av ärenden, arbete, hemmet)

Ytterligare upplysningar (fortsätt vid behov på separat papper)

Bilagor

Senaste läkarintyg eller epikris

Utlåtande av terapeut

Andra bilagor

Underskrifter

Dina personuppgifter lagras i funktionshindersservicens klientregister. Personuppgifter är sekretessbelagda och de överläts endast på grundval av en lag eller med ditt samtycke. Dataskyddsbeskrivningen finns på www.luvn.fi/sv/dataskyddsbeskrivningar och på de ifrågakvarande verksamhetsställena. I dataskyddsbeskrivningen berättar vi noggrannare om behandlingen av dina personuppgifter och om dina rättigheter när det gäller dina personuppgifter.

Jag samtycker till att funktionshindersservicen vid Västra Nylands välfärdsområde får inhämta uppgifter som är nödvändiga för beviljande och genomförande av stöd för närståendevård och annan funktionshindersservice hos andra social- och hälsovårdsmyndigheter. Samtycket kan återkallas genom att skicka en skriftlig återkallelse till funktionshindersservicens postadress. Återkallelsen kan endast göras av den person som gett sitt samtycke.

Ja Nej

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Ja Nej

Plats och datum

Sökandes underskrift och namnförtydligande

Underskrift av person som hjälpt till alla fylla i ansökan och namnförtydligande

Returadress

Ansökan returneras till det verksamhetsställe för socialt arbete som bestäms av personens hemkommun. Skriv "ansökan till funktionshindersservicen" på kuvertet.

Verksamhetsställe	Adress
Funktionshindersservicen i Esbo och Grankulla	Kamrersvägen 2 A, 02770 Esbo
Funktionshindersservicen i Hangö och Raseborg	Raseborgvägen 37, R-huset (Ekåsen), 10650 Ekenäs
Funktionshindersservicen i Kyrkslätt	Åängsvägen 2, 02400 Kyrkslätt
Funktionshindersservicen i Lojo, Högfors, Ingå, Sjundeå och Vichtis	Fabriksgatan 26, 08100 Lojo