Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Ansökan till funktionshinderservicen

Sökanden

Sokandens efternamn	Sokandens 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 förnärvarande 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, uträttande av ärenden, arbete, hemmet)
Ytterligare upplysningar (fortsätt vid behov på separat papper)

Bilagor

Bifoga till din ansökan den senaste utredningen av en yrkesutbildad person inom hälsovården angående din funktionsnedsättning eller sjukdomssituation.
Detta kan exempelvis vara:

- en utskrift från Kanta-tjänsten (t.ex. besöksuppgifter, epikris eller annat utlåtande)
- en anteckning eller ett utlåtande från en yrkesperson inom hälsovården (t.ex. en fysioterapeut, ergoterapeut eller läkare).

Underskrifter

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

Jag samtycker till att funktionshinderservicen vid Västra Nylands välfärdsområde får inhämta uppgifter som är nödvändiga för beviljande och genomförande av stöd för närståendevård och annan funktionshinderservice hos andra social- och hälsovårdsmyndigheter.Samtycket kan återkallas genom att skicka en skriftlig återkallelse till funktionshinderservicens 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

Skriv ut blanketten | Radera