

Personuppgifter

Namn	
Personbeteckning	
Adress	
Telefonnummer	

Närmast anhörig/kontaktperson/intressebevakare

Namn		Telefon	
------	--	---------	--

Civilstånd

<input type="checkbox"/> gift	<input type="checkbox"/> sambo	<input type="checkbox"/> ogift	<input type="checkbox"/> frånskild	<input type="checkbox"/> änka/änkling
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

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:	
<input type="checkbox"/> jag bor ensam	<input type="checkbox"/> jag bor inte ensam		

Namnen på personerna som bor i samma hushåll samt deras födelseår:

Hyresvärd	
Kontaktuppgifter	
Disponent	
Kontaktuppgifter	

Bruttoinkomster och besparingar

Hela hushållets bruttoinkomster per månad		FPA:s vårdbidrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Hela hushållets besparingar	<input type="checkbox"/> ja, vad/summa: <input type="checkbox"/> nej	

Hälsotillstånd, funktionsförmåga, handikapp eller sjukdom

En kort beskrivning av hälsotillståndet eller av sjukdomen eller handikapp som försämrar funktionsförmågan:

En kort beskrivning av ändringsarbetet som det ansöks om, med eventuell kostnadsberäkning

Hjälpmedel som är i bruk

--

Tjänster och stödformer

<input type="checkbox"/> hemvård/hemsjukvård, vad/hur ofta
<input type="checkbox"/> stödtjänster, vad
<input type="checkbox"/> privat hemservice/städtjänst, vad/hur ofta
<input type="checkbox"/> annat, vad
<input type="checkbox"/> ingen service

Jag ger mitt samtycke till att man vid behov kan begära andra myndigheter om mer information (t.ex. läkaren, fysioterapeuten, hemvården, vårdavdelningen): ja nej

Personen som hjälpt med att fylla i ansökan

Namn	
Telefonnummer	
Släktskapsförhållande eller tjänsteställning	

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Bilagor:

- social- och hälsovårdens sakkunnigas eller annan sakkunnigs utlåtanden/läkarintyg
- redogörelse över hela hushållets bruttoinkomster (pensionsbeslut, beskattningsbeslut)
- redogörelse över hela hushållets besparingar (t.ex. ett kontoutdrag)

Mer information ges av socialarbetarna, tfn 044 780 9472, 040 806 8036

Ansökan skickas till:

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite, De förutseende öppna tjänsterna, Torggatan 50, 67100 Karleby