



Personuppgifter behandlas för att myndighetsuppgifterna ska kunna utföras. Laglig grund: Rättslig förpliktelse. Personuppgifterna lagras enligt förvaringstiderna i Lag om klienthandlingar inom socialvården 254/2015. Personuppgiftsansvarig är Socialnämnden. Kunder har rätt att av Socialnämnden få information om de personuppgifter som behandlas. Personuppgifterna är inte offentliga och delas inte med tredje part. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan kommunens dataskyddsgrupp kontaktas via e-post på adressen dataskydd@korsholm.fi

Organ/Verksamhetsenhet	Ankomstdatum
------------------------	--------------

**UPPGIFTER OM DEN SOM ÄR I BEHOV AV TJÄNSTER**

Efternamn och Förnamn	Personbeteckning
Gatuadress	Postnummer och ort
Telefonnummer (privat/tjänstetelefon)	

**BEHOV AV TJÄNSTER** (fylls i för de tjänster ansökan gäller)

**1. Boende enligt handikappservicelagen**

- Ändringsarbeten i bostaden. Vilka och beräknade kostnader
- Redskap och anordningar i bostaden. Vilka och beräknade kostnader
- Serviceboende  
Beskriv behovet av hjälp under dygnets olika tider.
- Stödbostad (enligt socialvårdslagen)
- Annat, vad?

**2. Personlig assistans**

- Personlig assistent

Beskriv behovet

Beräknade kostnader och antalet timmar som behövs

**Förslag på personlig assistent** (fylls i endast vid ansökan om personlig assistans)

Efternamn och förnamn	Personbeteckning
Gatuadress	Postnummer och ort
Telefonnummer (privat/tjänstetelefon)	Yrke

- Förvärsarbete  Stadigvarande arbete  Tillfälligt arbete  Heldagsarbete  Halvdagsarbete

Släktskapsförhållande med den servicebehövande

**3. Yrkesmässig och social rehabilitering**

- Anpassningsträning
- Annat, vad?

**4. Andra specialbehov**

- Specialutgifter för kläder. Vilka? Orsak och beräknade kostnader



- Redskap, maskiner, anordningar för att klara de dagliga sysslorna. Vad och beräknade kostnader
- Annat. Vad?

**UPPGIFTER OM HÄLSOTILLSTÄNDET, SKADAN ELLER SJUKDOMEN**

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

Specialuppgifter om ersättningar enligt lagen om skada ådragen i militärtjänst, trafikförsäkringslagen och olycksfallsförsäkringslagen.

Arbetsförmögenhetsgrad                      %, försäkringsbolag och skadenummer

**TILLÄGGSUPPGIFTER**

T.ex. egna synpunkter på orsaken till behov av service, kort beskrivning av de omständigheter som försvårar utförande av de dagliga sysslorna, motivering till att en viss person föreslagits som personlig assistent

Har motsvarande tjänster som den här ansökan gäller tidigare beviljats personen?

Nej     Ja, vilka?

Vårdnadshavares eller annan kontaktpersons uppgifter (namn, adress, telefonnummer). Med kontaktperson avses en person som sköter den sökandes ärende.

**UNDERSKRIFT**

Samtidigt befullmäktigat jag det organ som beslutar om tjänsterna att skaffa de uppgifter som behövs för beslutsfattandet

Ort och datum

Underskrift

**BILAGOR TILL ANMÄLAN**

- Läkarintyg över funktionshindret
- Andra utlåtanden av sakkunniga inom social- och hälsovården