



### A. SÖKANDES GRUNDUPPGIFTER

Släktnamn och förnamn	
Personbeteckning	Yrke
Adress	Postnummer och postort
Telefon hem	Telefon till tjänsten
Mobiltelefon	E-postadress
Hemort enligt befolkningsdatalagen	
Jag bor: Ensam Make/maka/sambo Hos föräldrar Annat: _____	Jag har familjemedlemmar / anhöriga inom räckhåll.  Vem? _____  Var? _____

### B. FUNKTIONSHINDER / SJUKDOM OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA

Vilka funktionshinder eller sjukdomar har du?
Vilka svårigheter medför det dej?



Sedan när har du haft ovanstående funktionshinder / sjukdom? (Specificera varje sjukdom skilt)

### C. ASSISTANSENS OMFATTNING

För vilka uppgifter behöver du assistent?  
(Uppge för varje punkt assistentens arbetsuppgifter samt omfattning i timmar)

Aktivitet	Antal timmar per månad	Beskrivning av arbetsuppgifterna
I de dagliga sysslorna		
I arbete eller studier		
I fritidsaktiviteter		
I samhällelig verksamhet		
I upprätthållandet av sociala kontakter		

### D. ARBETSGIVARROLLEN

Behöver du stöd av en annan person att förmedla din vilja till assistenten?  Nej            Ja	Om ja, på vilket sätt?
Behöver assistenten lära sig ditt sätt att uttrycka och kommunicera din vilja?  Nej            Ja	Om ja, på vilket sätt?
Behöver du stöd för att fylla i arbetsavtal för din assistent?  Nej            Ja	Om ja, på vilket sätt / Vem kan hjälpa dej?



Behöver du stöd för att göra upp ett arbetsschema?  Nej            Ja	Om ja, på vilket sätt / Vem kan hjälpa dej?
Kan du självständigt kontakta vikarier?  Nej            Ja	

### E. ÖVRIG SOCIAL SERVICE

Vilken annan service erhåller du i dag? (kryssa för)	
<input type="checkbox"/> Institutionsvård	
<input type="checkbox"/> Boende i servicehus	
<input type="checkbox"/> Serviceboende i eget hem	
<input type="checkbox"/> Hemtjänst. Om ja, hur många besök per vecka? Bifoga hemserviceavtal.	
<input type="checkbox"/> Närståendevård. Om ja, bifoga omsorgsplan.	
<input type="checkbox"/> Stödperson / Stödfamilj. Om ja, bifoga omfattning.	
<input type="checkbox"/> Tjänster från Ålands Omsorgsförbund. Om ja, vilka tjänster. Bifoga ett serviceavtal.	
<input type="checkbox"/> Hemsjukvård. Om ja, beskriv omfattning.	
<input type="checkbox"/> Dagvård. Om ja, beskriv omfattning.	
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	



### F. KONTAKTPERSON

Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person:	
Namn:	
Relation / befattning	
<b>Jag har intressebevakare:</b> OBS! Bifoga beslut om intressebevakning och intressebevakarens uppdrag	
Namn	
Adress	Postadress
Telefonnummer	E-post
<b>Jag har följande kontaktperson i ärendet</b> (om det inte är du själv)	
Namn	
Adress	Postadress
Telefonnummer	E-post

### G. SAMTYCKE (KRYSSA I)

<input type="checkbox"/>	Ja, jag samtycker till att socialarbetare i Sunds kommun vid behov kontaktar andra aktörer inom social-, sjuk och hälsovård (t ex ÅHS, Ålands omsorgsförbund), övriga enheter inom socialförvaltningen (t ex hemtjänst) och anhöriga, för samarbete, tilläggsuppgifter samt läkarintyg.
<input type="checkbox"/>	Nej, jag samtycker inte till ovanstående.



### H. BILAGOR

Bifogas med ansökan	
Komplettering till ansökan kommer att inlämnas senare  Nej            Ja	Om ja, vad?

Jag intygar härmed att uppgifterna i ansökan är riktiga		
Ort	Datum	Underskrift/Namnförtydligande

Ansökan skickas till:

Socialnämnden i Vårdö kommun  
Vårdöbyvägen 11  
AX 22550 VÅRDÖ

Kontakt under telefontid kl. 9 - 11  
Socialarbetare tel. 47930/432 726  
Socialsekreterare tel. 432 730