



1 Sökande	Släkt och förnamn	
	Personbeteckning	Yrke
	Adress	Postnummer
	Telefon	Epost
	Hemort enligt befolkningsregister	
	Kontonummer/BIC	
2. Service som ansöks med stöd av handikapp-servicelagen	<input type="checkbox"/> 1. Serviceboende i egna hemmet <input type="checkbox"/> 2. Anpassningsträning <input type="checkbox"/> 3. Ändringsarbeten i bostaden, samt redskap och anordningar som hör till bostaden <input type="checkbox"/> 4. Redskap, apparater och maskiner <input type="checkbox"/> 5. Dagverksamhet för gravt funktionshindrade <input type="checkbox"/> 6. Extra kostnad för klädsel <input type="checkbox"/> 7. Annat, vilken :	
	OBS! Skild blankett för färdtjänst och personlig assistens.	
3. Specifikation över ansökt serviceform	Specificera här den servicen du anhåller om:	
	Uppskattade kostnader (euro), eller annan beskrivning av servicens omfattning	
	Erhåller ni service eller ersättning från annat håll för samma ändamål, varifrån?	



VÅRDÖ KOMMUN

4 Funktionshinder eller sjukdom	Uppge samtliga funktionshinder eller sjukdomar:
	Ovanstående föranleder följande svårigheter eller begränsningar i det dagliga livet:
	Jag använder följande hjälpmedel:
	Vilken service nyttjar ni i dagsläget <input type="checkbox"/> Serviceboende <input type="checkbox"/> Personlig assistans <input type="checkbox"/> Hemservice <input type="checkbox"/> Närståendevård <input type="checkbox"/> Hemsjukvård <input type="checkbox"/> Kontakt med psykiatriska rehabiliteringsmottagningen (PRM) <input type="checkbox"/> Annat:
5. Kontaktperson	Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person: Namn:
	Relation/befattning:
	Kontaktperson i ärendet (om inte du själv):
	Jag har intressebevakare. OBS! Bifoga beslut om intressebevakning och intressebevakarens uppdrag. Namn:
	Adress:
	Telefonnummer: Epost:



VÅRDÖ KOMMUN

Samtycke: Kryssa i ett av följande alternativ

Ja, jag samtycker till att socialarbetaren vid behov kontaktar övriga 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.

Nej, jag samtycker inte till ovanstående

Bilagor:

Läkarintyg

Utlåtande från ergoterapeut

Kostnads kalkyl

Annat:

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 9 - 11
Socialarbetare telefon nr 47930/432 726 eller
Socialsekreterare telefon nr 432 730