

ANSÖKAN TILL HANDIKAPPSERVICEN

Blanketten skickas till adressen

Handikappservice
PB 2513, 02070 ESBO STAD

eller till E-postadressen

vammaispalvelut@espoo.fi

Sökanden

Sökandens efternamn	Sökandens 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 för närvarande 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, utträttande av ärenden, arbete, hemmet)

Ytterligare upplysningar (fortsätt vid behov på separat papper)

Bilagor

Senaste läkarintyg eller epikris

Utlåtande av terapeut

Andra bilagor

Underskrifter

Dina personuppgifter lagras i handikappservicens klientregister. Personuppgifter är sekretessbelagda och de överläts endast på grundval av en lag eller med ditt samtycke. Dataskyddsbeskrivningen finns på www.esbo.fi/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 ger mitt samtycke till att Esbo stads funktionshinderservice får överlåta/skaffa de uppgifter som behövs för beviljande och genomförande av stöd för närståendevård till/av andra social- och hälsovårdsmyndigheter och, när det gäller personer i läropliktsåldern, av bildningssektorn. 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