

ANSÖKAN OM EKONOMISKT STÖD FÖR LÖNEKOSTNADERNA FÖR PERSONLIG ASSISTENT

Lag om service och stöd på grund av handikapp 380/1987, 9 §
Förordning om service och stöd på grund av handikapp 759/1987, 16 §
Social- och hälsovårdsnämndens anvisningar 15.4.2004

1. Person uppgifter/uppgifter om familjen

Person uppgifter (person under 18 år, se punkt 3)

Efternamn	Förnamn	Personbeteckning
Telefon	Telefon till arbetet	
Adress	Postnummer och postanstalt	

Namn på matlagets övriga medlemmar

Make/maka/sambo	Hemma	Förvärvsarbetar, arbetstid
Barn/födelseår	Annan person	

Vårdnadshavarnas

Vårdnadshavarens namn	Hemma	Förvärvsarbetar
Adress, om annan än sökandens:	Postnummer och postanstalt	
Den andra vårdnadshavarens namn	Hemma	Förvärvsarbetar
Adress, om annan än sökandens:	Postnummer och postanstalt	

2. Handikapp/sjukdom

Sjukdom, när konstaterad	Medfött handikapp, vad
Trafikskada, när	Annan olyckshändelse, när
Försäkringsbolag	Skadenummer
Kort beskrivning av personens hälsotillstånd och användning av hjälpmedel	

3. Behov av hjälp av en annan person

Hemservice

Hemhjälp, från och med	Timantal per dag	per vecka	per månad
Behov av hjälp på morgonen	på dagen	på kvällen	på natten
För vad behövs hjälpen			

Stöd för närståendevård

Stöd för närståendevård, erhålls från och med:	Erhålls inte
Närståendevårdare (personens namn)	

Stödperson

Stödperson/stödfamilj

Personlig assistent

Personlig assistent			
För vad behövs hjälp			
Beräknat antal timmar som behövs	på dagen	på kvällen	under veckoslut

4. Bilagor till ansökan

Läkarutlåtande	Utlåtande av ergoterapeut	Annat utlåtande, hurdant?
Ytterligare uppgifter		

5. Underskrift och namnförtydligande

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.

Plats och datum	Underskrift och namnförtydligande
-----------------	-----------------------------------

Ytterligare uppgifter ges vid behov av
--

Blanketten sänds per post till nedanstående postadress

Social- och hälsovårdssektorn
Handikapptjänster

Postadress
PB 2513
02070 ESBO STAD

Besöksadress
Kamrersvägen 3 B
02770 ESBO

Fax 09-8164 5950
Puhelinvaihte 09-816 21 (växel)