



Obs! Endast en serviceform ifylles per blankett.

1. Serviceform som ansöks om med stöd av handikappservice- lagen	1. Serviceboende i det egna hemmet	
	2. Anpassningsträning	
2. Den sökandes kontaktinformation	3. Ändringsarbeten i bostaden, samt redskap och anordningar som hör till bostaden	
	4. Redskap, apparater och maskiner	
	5. Dagverksamhet för gravt funktionshindrade	
	6. Extra kostnader för klädsel	
	7. Annan, vilken: _____	
	Obs! Om färdtjänst och personlig assistans anhålles på särskild blankett	
3. Specifikation över ansökt service- form	Släktnamn och förnamn	
	Personbeteckning	Yrke
	Adress	Postnummer
	Telefon hem	Telefon till tjänsten
	Mobiltelefon	E-postadress
	Hemort enligt befolkningsdataregistret	
	Bankens namn	Kontonummer BIC
Specificera här den service du anhåller om:		
Uppskattade kostnader (€), eller annan beskrivning av servicens omfattning:		

	Erhåller ni service eller ersättning från annat håll för samma ändamål, varifrån?
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? Serviceboende Personlig assistans Hemtjänst Närståendevård Hemsjukvård Kontakt med Dagkliniken Annat, _____
5. Kontaktperson	Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person: Namn
	Relation/Befattning
	Kontaktperson i ärendet (om inte du själv): Namn
	Adress
	Telefonnummer
	E-post

Jag har intressebevakare:		Obs! Bifoga beslut om intressebevakning och intressebevakarens uppdrag
Namn:		
Adress:		
Telefonnummer:	E-post	

SAMTYCKE:

Kryssa i ett av följande alternativ:

Ja, jag samtycker till att socialarbetare på Avdelningen för socialservice 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 (för bl.a ansökan punkt 3)

Kostnadskalkyl

Annat: _____

Jag intygar härmed att uppgifterna i ansökan är riktiga.

Ort Datum Underskrift/namnförtydligande

ANSÖKAN SKICKAS TILL:

Avdelning för socialservice
Handikappservice
PB 207
22101 Mariehamn

BESÖKSADRESS:

Socialförvaltningen, Nyfahlers
Skarpansvägen 30

KONTAKT:

Socialarbetare telefontid: 09.00-10.00
Telefon: 531 718, 531 738

Behandling av personuppgifter:

De personuppgifter du lämnar på denna blankett används för att möjliggöra Mariehamns stads administration av ditt ärende. Uppgifterna sparas i stadens datasystem. För frågor om eller ändring av personuppgifter i datasystemet, läs mer på www.mariehamn.ax/GDPR