



Anlänt _____ / _____

Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personsignum		
Adress			
Telefon			
Närmaste anhörig/kontaktperson/intressebevakare / namn och telefon			
Civilstånd			
<input type="checkbox"/> gift/sambo	<input type="checkbox"/> ogift	<input type="checkbox"/> änka/änkling	<input type="checkbox"/> frånskild
Boendeform			
<input type="checkbox"/> egnahemshus	<input type="checkbox"/> radhus	<input type="checkbox"/> höghus	<input type="checkbox"/> annat
<input type="checkbox"/> ägare	<input type="checkbox"/> hyresgäst	<input type="checkbox"/> annat _____	
Bor ensam	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej, namn och födelseår på person som bor i samma hushåll _____	

Bruttoinkomster/besparingar

Bruttoinkomst för hela hushållet : _____ euro/månad		
Vårdbidrag från FPA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Besparingar för hela hushållet:	<input type="checkbox"/> ja, vad/summa _____ euro	<input type="checkbox"/> nej

Hälsotillstånd / funktionsförmåga, handikapp eller sjukdom

Beskriv kort om hälsotillstånd (sjukdom eller handikapp) som försvårar funktionsförmågan, hjälpmedel
--



Beskriv kort om det sökta ändringsarbetet, eventuellt kostnadsförslag

Service och stödformer

- Hemvård/hemsjukvård, vad/hur ofta? _____
- Stödtjänster, vilka? _____
- Privat hemservice/städtjänst, vad, hur ofta? _____
- Annat, vad? _____
- Nej

Jag ger mitt samtycke till att behövliga tilläggsuppgifter kan begäras från Social- och hälsovårdsmyndigheter

- Ja Nej

Person som hjälpt till med ansökan (namn, telefon, släktskap eller tjänsteställning)

Datum och underskrift

_____ / _____ 20_____

- Bilaga:**
- läkarutlåtande och eventuellt annat sakkunnig utlåtande från social- och hälsovården
 - utredning över hela hushållets brutto inkomster (senaste beskattningsbeslut, ev. pensionsbeslut)
 - utredning över hela hushållets besparingar (t.ex. bankkontoutdrag för de senaste 2 månaderna)

Närmare information ger:

Äldreomsorgens servicehandledare, tfn (06) 382 1421 el. (06) 382 1420

Besöksadress:

Förvaltningshuset i Oravais, Öurvägen 31, 66800 Oravais

Uppfyller ansökan kriterier för handikappservicelagen överförs ansökan till handikappservice.

Datum _____ / _____ 20_____

Handhavande tjänsteman inom äldreomsorgen/ socialt arbete

- enligt socialvårdslagen enligt handikappservicelagen