

| | | | |
|---|---|---|--|
| Tillnamn och förnamn _____ Personbeteckning _____ | | | |
| Adress _____ | | | |
| Telefon Hem _____ | Telefon till tjänst _____ | | |
| Behov av tjänster (ifylles till den del man ansöker om tjänster) | | | |
| 1. BOENDE | | | |
| <input type="checkbox"/> Ändringsarbeten i bostadet, vilka och beräknade kostnader _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Redskap och anordningar i bostaden, vilka och beräknade kostnader _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Serviceboende | <input type="checkbox"/> Stödbostad | | |
| <input type="checkbox"/> Annat, vad: _____ | | | |
| 2. TJÄNSTER FÖR PERSONER SOM RÖR SIG UTANFÖR HEMMET | | | |
| <input type="checkbox"/> Färdtjänst (t.ex. Taxi, Invataxi) | <input type="checkbox"/> Ledsagarservice | | |
| <input type="checkbox"/> Fortskaffningsmedel, vilket _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Annat, vad _____ | | | |
| 3. YRKESMÄSSIG OCH SOCIAL REHABILITERING, SKOLNING OCH ARBETE | | | |
| <input type="checkbox"/> Rehabiliteringshandledning | <input type="checkbox"/> Anpassningsträning | <input type="checkbox"/> Skyddat arbete | |
| <input type="checkbox"/> Arbetsträning | <input type="checkbox"/> Annat, vad _____ | | |
| 4. HJÄLP AV ANNAN PERSON | | | |
| <input type="checkbox"/> Personlig medhjälpare _____ | <input type="checkbox"/> Tolkservice | | |
| <small>BERÄKNADE KOSTNADER OCH BERÄKNADE ANTAL TIMMAR BEHÖVS</small> | | | |
| <input type="checkbox"/> Annat, vad _____ | | | |
| Förslag till vårdare/personlig medhjälpare (ifylls endast via ansökan om hemvårdstöd eller personlig medhjälpare) | | | |
| Tillnamn och förnamn _____ Personbeteckning _____ | | | |
| Adress _____ Telefon _____ | | | |
| Förvärvsarbete | | | |
| <input type="checkbox"/> Stadigvarande arbete | <input type="checkbox"/> Tillfälligt arbete | <input type="checkbox"/> Heldags arbete | <input type="checkbox"/> Halvdags arbete |
| Yrke _____ | Släktskapsförhållande _____ | | |

5. ÖVRIGT

- Semester och rekreation för vårdare _____
- Anskaffning för specialkost, vad och beräknade kostnader _____
- Specialutgifter för kläder, vad och beräknade kostnader _____
- Redskap, maskiner, anordningar, för att klara de dagliga sysslorna, vad och beräknade kostnader _____
- Annat, vad _____

Uppgifter om hälsotillståndet, skadan eller sjukdomen

1. Kort beskrivning av personens hälsotillstånd, användning av hjälpmedel 2. Skada eller sjukdom 3. Var och när uppkom skadan/sjukdomen

Specialuppgifter om ersättningar enligt lagen om skada ådragen i militärjänst, trafikförsäkring och olycksfallsförsäkringslagen.

Arbetsförmögenhetsgrad

%, försäkringsbolag och skadenummer

Tilläggsuppgifter

T.ex egen synpunkt på orsaken till behovet av service, kort beskrivning över de omständigheter, som försvårar utförande av de dagliga sysslorna, motivering till att viss person föreslagits till vårdare/medhjälpare.

Har i denna anmälan avsedda tjänster tidigare beviljats personen

Nej

Ja, vad _____

Andra tjänster eller ersättningar, Har du anmält om?

Kontaktpersonens namn adress och telefon

UNDERSKRIFT Samtidigt befullmäktigat jag det organ som beslutar om tjänster/tjänsterna att skaffa de uppgifter, som behövs för beslutsfattandet

Ort, datum och underskrift _____

BILAGOR TILL ANMÄLAN

För att förtydliga situationen kan vid behov till anmälan bifogas utlåtande av sakkunniga inom social- och hälsovården eller annan sakkunnig, kostnadsberäkning, uppgjord rehabiliteringsplan osv.