



Lumparlands kommun

ANSÖKAN OM ERSÄTTNING FÖR PERSONLIG ASSISTANS

A. SÖKANDENS GRUNDUPPGIFTER

Släktnamn och förnamn	
Personbeteckning	Yrke
Adress	Postnummer och postort
Telefon hem	Telefon till tjänsten
Mobiltelefon	E-postadress
Hemort enligt befolkningsdatalagen	
Jag bor: <input type="checkbox"/> Ensam <input type="checkbox"/> Make/maka/sambo <input type="checkbox"/> Hos föräldrar <input type="checkbox"/> Annat: _____	Jag har familjemedlemmar/ anhöriga inom räckhåll. Vem? _____ Var? _____

B. FUNKTIONSHINDER/ SJUKDOM OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA

Vilka funktionshinder eller sjukdomar har du?
Vilka svårigheter medför det för dig?



Lumparlands kommun

Sedan när har du haft ovanstående funktionshinder/sjukdom? (Specificera varje sjukdom skilt)

C. ASSISTANSENS OMFATTNING

För vilka uppgifter behöver du assistent?

(Uppge för varje punkt assistentens arbetsuppgifter samt omfattning i timmar)

1. I de dagliga sysslorna; Antal timmar / månad: _____

Beskrivning av arbetsuppgifterna: _____

2. I arbete eller studier; Antal timmar / månad: _____

Beskrivning av arbetsuppgifterna: _____

3. I fritidsaktiviteter; Antal timmar / månad: _____

Beskrivning av arbetsuppgifterna: _____

4. I samhällelig verksamhet; Antal timmar / månad: _____

Beskrivning av arbetsuppgifterna: _____

5. I upprätthållandet av sociala kontakter; Antal timmar / månad: _____

Beskrivning av arbetsuppgifterna: _____

D. ARBETSGIVARROLLEN

Behöver du stöd av en annan person i att förmedla din vilja till assistenten?

Ja

Nej

Om ja, på vilket sätt? _____



Lumparlands kommun

Behöver assistenten lära sig ditt sätt att uttrycka och kommunicera din vilja?	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, på vilket sätt _____		

Behöver du stöd i att fylla i arbetsavtal för din assistent?	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vem kan hjälpa dig? _____		
Behöver du stöd i att göra upp ett arbetsschema?	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, på vilket sätt / Vem kan hjälpa dig? _____		
Kan du självständigt kontakta vikarier?	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. ÖVRIG SOCIAL SERVICE

Vilken annan service erhåller du idag? (Kryssa för)
<input type="checkbox"/> Institutionsvård?
<input type="checkbox"/> Boende i servicehus (Kapellhagen)?
<input type="checkbox"/> Serviceboende i det egna hemmet?
<input type="checkbox"/> Hemtjänst? Om ja, hur många besök per vecka? Bifoga hemserviceavtal.
<input type="checkbox"/> Närståendevård? Om ja, bifoga omsorgsplan.
<input type="checkbox"/> Stödperson/Stödfamilj? Om ja, beskriv omfattning: _____
<input type="checkbox"/> Tjänster från Ålands omsorgsförbund? Om ja, vilka tjänster? (T.ex. gruppboende, korttidsvård, fritid.) Bifoga ett serviceavtal.
<input type="checkbox"/> Hemsjukvård? Om ja, beskriv omfattningen: _____
<input type="checkbox"/> Dagvård? Om ja, beskriv omfattningen: _____
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm



Lumparlands kommun

F. KONTAKTPERSONER

Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person:

Namn:

Relation/befattning:

Jag har intressebevakare: OBS! Bifoga beslut om intressebevakning och intressebevakarens uppdrag

Namn:

Adress:

Tel.nr:

E-post:

Jag har följande kontaktperson i ärendet (om inte du själv):

Namn:

Adress:

Tel.nr:

E-post:

G. SAMTYCKE (Kryssa i!)

Ja, Jag samtycker till att socialarbetare på Lumparlands kommun vid behov kontaktar andra 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

H. BILAGOR

Bifogas med ansökan:

Komplettering till ansökan kommer att inlämnas senare: Ja Nej

Om ja, vad? _____



Lumparlands kommun

Jag intygar härmed att uppgifterna i ansökan är riktiga

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

ANSÖKAN SKICKAS TILL:

Lumparlands kommun
Socialkansliet
Kyrkvägen 26
22630 Lumparland