

Ansökan om stöd för närståendevård för personer i åldrarna 18–64 år

Med denna ansökan ansöker man om service till stöd för närståendevård för personer i åldrarna 18–64 år.

De anställda inom social- och hälsovården som deltar i ordnandet och genomförandet av din socialservice har en skyldighet i enlighet med 17 § i kunduppgiftslagen (703/2023) att i kundhandlingarna anteckna behövliga och tillräckliga kunduppgifter och en rätt i enlighet med 9 § i kunduppgiftslagen att använda de kunduppgifter som är nödvändiga med tanke på ordnandet och genomförandet av socialvården. En ansökan som har tillställts välfärdsområdet är en sekretessbelagd myndighetshandling (lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet 24.1 § 25 punkten, kunduppgiftslag 4 §). Uppgifterna på blanketten sparas in i kundregistret för socialvården i Egentliga Finlands välfärdsområde. Som en kund hos socialvården har du rätt att av den personuppgiftsansvariga få information om behandling av kunduppgifter (Kunduppgiftslagen 11 §)

När du fyller i den här ansökan och skickar den till Egentliga Finlands välfärdsområde, godkänner du samtidigt behandlingen av person- och kunduppgifter på det sätt som beskrivs ovan.

Stöd för närståendevård är en helhet som omfattar behövliga tjänster som tillhandahålls den vårdbehövande samt ett vårdarvode, ledighet och service till stöd för närståendevården till närståendevårdaren. (Lag om närståendevård 937/2005).

(Uppgifterna som har markerats med en stjärna * är obligatoriska.)

Med ansökan ansöker man om:

Vårdarvode inom stödet för närståendevård

Höjning av arvudet inom stödet för närståendevård

1. Den vårdbehövandes personuppgifter

Personbeteckning: *

Efternamn och alla förnamn: *

Gatuadress: *

Postnummer och postanstalt: *

Telefonnummer: *

1.1. Annat stöd och annan service som den vårdbehövande får

Vårdbidrag för pensionstagare:	Ja	Nej	har ansökt om
Handikappbidrag:	Ja	Nej	har ansökt om
Hemvård:	Ja	Nej	

2. Uppgifter om närståendevårdaren eller den person som ansöker om att bli närståendevårdare

Personbeteckning: *

Efternamn och alla förnamn: *

Gatuadress: *

Postnummer och postanstalt: *

E-postadress:

Telefonnummer: *

Kommunikationsspråk: *

Nationalitet:

Vårdaren är:	Sambo/Make	Barn	Förälder	Annan person
Vårdaren är:	I heltids-/ Deltidsarbete	Pensionär	Arbetslös	Annat

Närståendevårdarens eller den persons som ansöker om att bli närståendevårdare
bankförbindelse och kontonummer:

3. Person som har hjälpt till att fylla i ansökan

Namn: Tjänsteställning eller släktskapsförhållande:

Telefon:

4. Datum och underskrift

Datum: Den vårdbehövandes underskrift och namnförtydligande:

Datum: Närståendevårdarens eller den persons som ansöker om att bli
närståendevårdare underskrift och namnförtydligande:

5. Bilagor till ansökan

Ansökan om stöd för närståendevård måste åtföljas av ett läkarintyg eller en vådrapport (epikris) som är högst 6 månader gammal eller en giltig rehabiliteringsplan som visar vårdgivarens funktionsförmåga. Bilagorna kan vara kopior. Om bilagorna till ansökan inte har lämnats in inom 3 månader från det att ansökan skickades, förfaller ansökan och ett negativt beslut fattas.

6. Inlämning av blanketten

Verksamhetsstället för funktionshinderservicen i din egen boendekommun. Blanketten kan också returneras per post till adressen Trädgårdsgatan 45, vån. 8, 20100 Åbo.