

**Retureringsadress:**

Kyrklätts kommun  
Handikappservice  
PB 20  
02401 KYRKSLÄTT

**Ankomstdatum:** \_\_\_\_\_

**1. Kontaktuppgifter**

Namn		Personbeteckning	
Adress			
Postnummer		Postanstalt	
Telefon		E-postadress	

**2. Sökt tjänst**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dagverksamhet för gravt handikappade                                | <input type="checkbox"/> Personlig assistans         |
| <input type="checkbox"/> Serviceboende   | <input type="checkbox"/> Ändringsarbeten i bostad    |
| <input type="checkbox"/> Anpassningsträning  | <input type="checkbox"/> Kostnader för extra klädsel |
| <input type="checkbox"/> Redskap, anordningar och maskiner som behövs för dagliga funktioner |  |
| <input type="checkbox"/> Annan, vad _____  |  |

**Obs. Om färdtjänst söks på en separat blankett**

Bank och kontonummer för betalning av beviljat bidrag  
(Behöver inte ifyllas om inte penningbidrag söks, så som för kostnader för extra klädsel)

Bank och kontorets namn \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

Beskriv närmare tjänsten/bidraget som söks

(Fortsätt vid behov under punkt 7 Ytterligare uppgifter, eller på ett separat papper)

### 3. Beskrivning av handikapp/sjukdom

Handikapp eller sjukdom
Olägenheter som handikappet eller sjukdomen förorsakar vid vardagliga funktioner
Ätande <input type="checkbox"/> Självständigt <input type="checkbox"/> Med hjälpmedel <input type="checkbox"/> Behöver hjälp <input type="checkbox"/> Beroende av hjälp
På- och avklädning <input type="checkbox"/> Självständigt <input type="checkbox"/> Med hjälpmedel <input type="checkbox"/> Behöver hjälp <input type="checkbox"/> Beroende av hjälp
Tvättning <input type="checkbox"/> Självständigt <input type="checkbox"/> Med hjälpmedel <input type="checkbox"/> Behöver hjälp <input type="checkbox"/> Beroende av hjälp
Toalettbesök <input type="checkbox"/> Självständigt <input type="checkbox"/> Behöver hjälp
Av vem fås hjälp/vård?
Får kommunens hemvård? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur ofta? _____
Hjälpmedel i bruk <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Något annat hjälpmedel, vilket? _____
Får ersättning för handikappet från ett försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Trafikförsäkring <input type="checkbox"/> Någon annan försäkring, vilken? _____ <input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring <input type="checkbox"/> Får inte ersättning från ett försäkringsbolag i anslutning till handikappet
Försäkringsbolagets namn och försäkringsnummer _____

#### 4. Personlig assistans (fyll inte i om tjänsten inte söks)

Beräkning av antalet timmar behov av personlig assistans

\_\_\_\_\_ timmar/dag      \_\_\_\_\_ timmar/vecka      \_\_\_\_\_ timmar/månad

#### 5. Bilbidrag (fyll inte i om tjänsten inte söks)

Vilken typ av bilbidrag söks och hur mycket? (Noggrannare kalkyler, kvitton/anbud bifogas)

För kostnaderna för anskaffning av bil \_\_\_\_\_ euro

För ändringsarbeten som utförs på bilen och/eller för tilläggsutrustning som ska anskaffas \_\_\_\_\_ euro

Används det sedan tidigare en bil i hushållet?

Ja       Nej

Har ni fått bilbidrag av kommunen tidigare?

Ja, \_\_\_\_\_ euro år \_\_\_\_\_  Nej

Har ni ett giltigt beslut om färdtjänst enligt handikappservicelagen eller socialvårdslagen?

Ja       Nej

Behövs bilen för studier eller arbete? (Intyg över studie- eller arbetsplats bifogas)

Ja, för studier       Ja, för arbete       Varken-eller

Studie-/arbetsplatsens namn och läge \_\_\_\_\_

#### 6. Medgivande till ordnande av ändringsarbeten i bostad

Då jag ansöker om ändringsarbeten i min bostad, ger jag Kyrkslätt kommun mitt medgivande att ordna ändringsarbetena på mina vägnar. Medgivande behövs inte om ni själv ordnar ändringsarbetena eller inte ansöker om sådana.

Ja, jag ger mitt medgivande       Jag ger inte mitt medgivande

