

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

### Personuppgifter om den sökande (den vårdbehövande)

Namn \_\_\_\_\_

Personbeteckning \_\_\_\_\_

Näradress \_\_\_\_\_

Postnummer och -kontor \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Familjeförhållanden \_\_\_\_\_

### Personuppgifter om vårdaren

Namn \_\_\_\_\_

Personbeteckning \_\_\_\_\_

Näradress \_\_\_\_\_

Postnummer och -kontor \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Vårdaren är en släkting  ja, vilken? \_\_\_\_\_  nej

### Utredning om behovet av vård

Handikapp och sjukdom \_\_\_\_\_

Rör sig  självständigt  behöver hjälp  måste hjälpas

Hjälpmedel i bruk \_\_\_\_\_

Äter  självständigt  behöver hjälp  måste ha hjälp

Tättar sig  självständigt  behöver hjälp  måste ha hjälp

Klär på sig  självständigt  behöver hjälp  måste ha hjälp

Syn, hörsel, minne \_\_\_\_\_

Annat \_\_\_\_\_

Hur mycket och hur ofta måste den vårdbehövande få hjälp med de dagliga funktionerna?

Kan den vårdbehövande vara utan hjälp någon viss tid?

Har den vårdbehövande under dagarna någon annan vårdplats (dagvårdsplats, e.dyl.), vilken?

Har en anhörig (make/maka, förälder) lämnat förvärvsarbetet på grund av den vårdbehövandes handikapp eller sjukdom? \_\_\_\_\_

Behandlande läkare / husläkare \_\_\_\_\_

Betalar FPA vårdbidrag?

Ja, belopp/mån. \_\_\_\_\_ euro       nej       ansökan anhängig

## **Annan service**

Får den vårdbehövande följande service:

Korttidsvård                       ja                       nej

Hemvård                               ja                       nej

Dagsverksamhet                       ja                       nej

Tilläggsuppgifter

Person som hjälpt till att fylla i ansökan \_\_\_\_\_

Ja samtycker till att uppgifterna i ansökan ges till dem som deltar i vården.

**Ansökan med bilagor (C-intyg av läkare) lämnas till**

Seniorservice:

Handikappservicen:

**Lojo stad**  
**Stöd för närståendevård**  
**Seniorservicecenter**  
**PB 71**  
**08101 Lojo**

**Lojo stad**  
**Handikappservicen**  
**PB 71 (Kalevagatan 4)**  
**08101 Lojo**

Datum \_\_\_\_\_

Den sökandes underskrift \_\_\_\_\_

**Efter att ansökan har inlämnats görs ett hembesök, varvid kartläggs den vårdbehövandes funktionsförmåga och behovet av närståendevård i sin helhet. Hembesöket görs i allmänhet av två personer.**