



Hakulomake LSS tukitoimista

(Laki eräille toimintarajoitteisille annettavasta tuesta ja palvelusta)

Hakija

Etu - ja sukunimi		Henkilötunnus
Osoite		Kotipuhelin
Postinumero ja postitoimipaikka	Matkapuhelin	Työpuhelin
Sähköposti		

Yhteystiedot lähiomaiselle

Etu - ja sukunimi	Etu - ja sukunimi
Suhde hakijaan	Suhde hakijaan
Osoite	Osoite
Postinumero ja toimipaikka	Postinumero ja toimipaikka
Sähköposti	Sähköposti
Puhelin	Puhelin
Matkapuhelin	Matkapuhelin

Haen apua:

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 9 § 2 Henkilökohtainen avustaja<input type="checkbox"/> 9 § 3 Saattopalvelu<input type="checkbox"/> 9 § 4 Yhteyshenkilö<input type="checkbox"/> 9 § 5 Lomituspalvelu kotona<input type="checkbox"/> 9 § 6 Lyhytaikaisasuminen oman kodin ulkopuolella<input type="checkbox"/> 9 § 7 Lyhytaikaishoiva kouluikäisille yli 12 vuotta<input type="checkbox"/> 9 § 8 Perhekoti tai asunto erityispalveluilla lapsille ja nuorille<input type="checkbox"/> 9 § 9 Asunto erityispalveluilla aikuisille tai muu erityisesti sopeutettu asuminen<input type="checkbox"/> 9 § 10 Päivätoimintaa<input type="checkbox"/> 10 § Yksilöllinen suunnitelma<input type="checkbox"/> 16 § Ennakkotietoa (koskee hakijaa toisesta kunnasta)
--

Nopeamman käsittelyajan saamiseksi on suositeltavaa, että lääkärintodistus ja/tai psykologilausunto liitetään mukaan.

Toimintarajoite/ diagnoosi

(Täytyy olla vahvistettu lääkäri - ja/tai psykologilauseksella)

Syy avun hakuun

(Mistä jokapäiväisistä toiminnoista sinun on vaikea selviytyä ilman apua?)

jatkuu sivulla 3

Henkilötiedot, jotka olet antanut rekisteröidään tietojärjestelmässä henkilötietolain mukaisesti (PuL) § 10. Henkilötietorekisteriä käytetään vanhus – ja vammaishuollossa sekä maksujen käsittelyssä. Jos haluat lisää tietoa tai jos haluat oikaista jotain rekisterissä, voit ottaa yhteyttä osoitteeseen, jonka löydät seuraavan sivun alaosasta.

Hakijan tai huoltajan allekirjoitus (molempien jos on yhteishuoltajuus)

Päivämäärä ja allekirjoitus	Nimenselvennys
Päivämäärä ja allekirjoitus	Nimenselvennys

Hakemuksen täyttämässä auttoi

Alekirjoitus

Nimenselvennys

Uskottu mies Edunvalvoja Muu viranomainen Huoltaja Joku muu

Jatkuu toiselta puolelta

Postiosoite Österåkers kommun
Biståndsenheten
184 86 Åkersberga

Käyntiosoite
Puhelin

Alceahuset, plan 3
Hackstavägen 22
08-540 810 00

Suostumus

Minä hyväksyn että avuntarpeenkäsittelijä voi tehdä tarvittaessa yhteistyötä asiani käsittelyssä:

- Maakärjäkunta/sairaanhoitopiiri
- Prima - mielenterveyshoito
- Uskottu mies/Edunvalvoja
- Henkilökohtainen asiamies
- Työnvälitystoimisto
- Sairaskassa
- Riippuvuusvastaanotto
- Yksilö- ja perhehoitotuki

Omaiset:

Muut:

Minä en halua että otatte yhteyttä:

Suostumuksen voi irtisanoa tai muuttaa asian käsittelyn aikana.

.....
Päivämäärä, Allekirjoitus