



Hakulomake SoL tukitoimista

(Sosiaalipalvelulaki)

Hakija

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

Haluan asioida suomeksi Österåkerin kunnan kanssa

Haluan saada vanhustenhuoltoa kokonaan tai suurimmaksi osaksi suomen kielellä

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:

<input type="checkbox"/> Kotipalvelu	Hakijan valinta
<input type="checkbox"/> Hoito- ja hoivakotia	Hakijan valinta
<input type="checkbox"/> Lyhytaikaisasuminen	
<input type="checkbox"/> Päivätoimintaa	
<input type="checkbox"/> Saattopalvelu	
<input type="checkbox"/> Lomituspalvelu	
<input type="checkbox"/> Muuta	

Hakemuksen syyt

(Mistä jokapäiväisistä toiminnoista sinun on vaikea selviytyä ilman apua)

Henkilötiedot, jotka olet antanut rekisteröidään tietojärjestelmässä henkilötietolain mukaisesti (PuL) § 10. Henkilötietorekisteriä käytetään vanhus – ja vammaishuollossa sekä maksujen käsittelyssä. Lisätietoja tai rekisterin oikaisuihin voit ottaa yhteyttä alla olevaan osoitteeseen.

Allekirjoitus

Paikkakunta ja päivämäärä (vvvv-kk-pp)	
Allekirjoitus	Nimenselvennys

Hakemuksen täyttämässä auttoi

Allekirjoitus
Nimenselvennys

Postiosoite	Österåkers kommun	Käyntiosoite	Alceahuset, plan 3
	Biståndsenheten		Hackstavägen 22
	184 86 Åkersberga	Puhelin	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 perkehoitotuki

Omaiset:

Muut:

Minä en halua että otatte yhteyttä:

Suostumuksen voi irtisanoa tai muuttaa asian käsittelyn aikana.

.....
Päivämäärä, Allekirjoitus