



KAUNIAISTEN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystoimi

GRANKULLA STAD
Social- och hälsovård

VAMMAISPALVELUHAKEMUS

ANSÖKAN OM HANDIKAPPSERVICE

saapumispvm/anlänt
____/____ 20__

1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT / SÖKANDENS PERSONUPPGIFTER

Sukunimi ja etunimet / Efternamn och förnamn	
Henkilötunnus / Personbeteckning	Ammatti / Yrke
Osoite / Adress	
Puhelin / Telefon	Sähköpostiosoite / E-postadress
Asutteko yksin? / Bor ni ensam? <input type="checkbox"/> Kyllä / Ja <input type="checkbox"/> Ei / Nej	

2. HAKEMUS / ANSÖKAN

<input type="checkbox"/> Tulkkipalvelu / Tolktjänst	<input type="checkbox"/> Palveluasuminen / Serviceboende	<input type="checkbox"/> Asunnonmuutostyö / Ändringsarbete i bostaden
<input type="checkbox"/> Sopeutumisoljennus / Anpassningsträning	<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja / Personlig assistent	<input type="checkbox"/> Apuvälineet, koneet ja laitteet / Hjälpmedel, maskiner och apparater
<input type="checkbox"/> Ylimääräinen vaateavustus / Extra klädbidrag	<input type="checkbox"/> Erityisravinto / Specialkost	
<input type="checkbox"/> Muu, mikä? / Annat, vad?		
Saatteko palvelua tai korvausta samaan tarkoitukseen muualta, mistä? / Får ni annan service eller ersättning för samma ändamål, varifrån?		

3. VAMMA / HANDIKAPP

Vamma tai sairaus / Handikapp eller sjukdom

Vamman tai sairauden aiheuttamat haitat jokapäiväisissä toiminnoissa / Hur handikappet eller sjukdomen hindrar dagliga bestyr

Millä tavoin haettava palvelu auttaisi teitä? / På vilket sätt skulle den ansökta servicen hjälpa er?

Saatteko kunnallista tai yksityistä kotihoitoa tai -sairaanhoidoa? / Får ni kommunal eller privat hemvård eller hemsjukvård?

4. SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS / SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta minua koskevia lisätietoja, jotka ovat tarpeellisia hakemuksen käsittelyssä / Handläggaren som behandlar min ansökan kan be om nödvändiga tilläggsuppgifter av andra myndigheter

Suostun / Jag samtycker En suostu / Jag samtycker ej

Allekirjoitus, paikka ja päivämäärä / Underskrift, plats och datum

5. LIITTEET / BILAGOR

Lääkärintodistus / Läkrintyg Kustannusarvio / Kostnadsberäkning Muu / Annat:

HAKEMUKSEN PALAUTUSOSOITE:

Kauniaisten kaupunki
Sosiaalitoimi
PL 52
02701 Kauniainen

ANSÖKAN SKICKAS TILL:

Grankulla stad
Socialbyrån
PB 52
02701 Grankulla