

Sökandens personuppgifter	Sökandens namn och personbeteckning		Makans/makens namn och personbeteckning	
	Adress		Telefon	
	Barnens namn och personbeteckning (gäller vid nedsättning av hemserviceavgift)			
	Grunder för nedsättande av avgift (fritt formulerad beskrivning, fortsätt vid behov vid tilläggsuppgifter)			
	Även en annan person kan för den sökandes del fylla i ansökan. Saken är bra att nämna ovan i ansökans fritt formulerade beskrivning.			
Nettoinkomster som tas i beaktande		Sökande euro/mån	Makan/maken euro/mån	
	Folkpension			
	Arbetspension 1.			
	Arbetspension 2.			
	Annan pension			
	Vårdbidrag			
	Bostadsbidrag			
	Förvärvsinkomster			
	Arbetslöshetsdagpenning			
	Sjukdagpenning			
	Underhållsstöd/bidrag			
	Andra inkomster			
	Besparingar/förmögenhet			
Utgifter som tas i beaktande		Sökande euro/mån	Makan/maken euro/mån	
	Hyra/vederlag			
	Uppvärmning			
	Vattenavgift			
	El			
	Hemförsäkring			
	Ränta på bostadslån			
	Andra boendekostnader			
	Sjukvårdskostnader			
	Medicinkostnader			
	Andra utgifter			

Beräkning av nedsättning	Inom äldreomsorgens klientavgiften är beräkningen om nedsättning jämnställd med beräkningen av utkomststöd. I ansökan beaktas sökandens och dennes makas/makes alla inkomster och förmögenhet. Som sökandens utgifter beaktas automatiskt samma summa som motsvarar utkomststödet (7 §) grunddel, den omfattar i beräkningen matkostnader, klädkostnader, små sjukvårdskostnader samt kostnader för den personliga hygien och hemmets renhet, användning av lokaltrafik, tidningsbeställning, telefonanvändning och hobby- och rekreationskostnader samt andra motsvarande utgifter för dagligt uppehälle.
Till ansökan krävs bilagorna	Bilagor som krävs till ansökan av sökanden samt dennes maka/make Kontoutdrag över alla konton för de två senaste månaderna Verifikat över alla i ansökan nämnda utgifter Verifikat eller apotekets uträkning över mediciner Ansökan kan inte behandlas utan de krävda bilagorna. Hemservice/boendeserviceavgifter och för annan service finns hos klientavgiftsbyrån, verifikat som berör dem behöver inte bifogas.
Sökandens underskrift	Jag försäkrar att de uppgifter jag givit i denna ansökan är rätt och ger mitt samtycke till att de kontrolleras: _____ Plats/tid, underskrift och namnförtydligande
Bistått vid uppgörandet av ansökan	_____ Namn och telefon samt tjänsteställning eller släktförhållande
Skickande av ansökan	Ansökan och bilagor till adressen: Vasa social- och hälsosektorn Klientavgiftsbyrån/Carola Hannula PB 241/Krutkällarvägen 4 65101 Vasa Tilläggsuppgifter vid behov per telefon: 06-325 2411
	Enligt klientavgiftslagens 11 § 1 moment skall en avgift som fastställts för socialvårdsservice och en sådan avgift för hälsovårdsservice som bestämts enligt en persons betalningsförmåga efterskänkas eller nedsättas till den del förutsättningarna för personens eller familjens försörjning eller förverkligandet av personens lagstadgade försörjningsplikt äventyras av att avgiften tas ut.
Tilläggsuppgifter	