**ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD**

alla under 18 år och

alla över 18 år med utvecklingsstörning

Ansökan mottagits \_\_\_\_/\_\_\_\_20\_\_\_\_

Vasa Stad

Social- och hälsovårdsverket

Barn- och familjesocialarbete / Vuxen socialarbete

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klient(person-uppgifter omvårdtagaren) | Namn | Personbeteckning |
| Adress | Telefon |
| Intresse-bevakning | * Privatperson
 |
| Namn | Telefon |
| Adress |
| * Professionell
 |
| Namn | Uppgiftsbeteckning, organisation |
| Adress | Telefon |
| Vårdnads-havare/anhörig/vårdare | Namn | Personbeteckning |
| Adress | Telefon |
| Vårdarens kontonummer |
| Vårdarens förhållande till vårdtagare | * Förälder
* Make/maka
* Barn
* annan närstående, vem:
 |
| Vårdaren har förvärvsarbete | * Nej
* ja
* Heltidsarbete
* deltidsarbete
 |
| Yrke och arbetsplats | Telefon arbete |
| Har vårdaren stannat helt och hållet hemma från arbetet för att sköta om vårdtagaren | * Nej
* ja
 |
| Uppgifterom servicensom sökes | Servicen sökes under perioden: |
| Uppgifter där klienten behöver hjälp (fortsätt vid behov på ett separat papper): |
| Bilagor |  |
| Vi ger vårt samtycke till att social- och hälsovårdens myndigheter kan överlåta sinsemellan nödvädiga uppgifter om klientförhållandet.* Ja
* Nej
 |
| Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och kommer att meddela om de ändras. |

|  |
| --- |
| Ort och datum |
|  |
| Underskrift och namnsörtydligande |
| **Till ansökan bör bifogas ett läkarutlåtande om vårdtagarens hälsotillstånd och funktionsförmåga.** |
| **Ansökan skickas till:** |
| alla under 18 år:Vasa StadSocial- och hälsovårdsverketBarn- och familjesocialarbetePB 24165101 VASA | alla över 18 år med utvecklingsstörning :Vasa StadSocial- och hälsovårdsverketVuxen socialarbetePB 24165101 VASA |