**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 om  vårdtagaren) | 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 |
| Uppgifter  om servicen  som 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 Stad  Social- och hälsovårdsverket  Barn- och familjesocialarbete  PB 241  65101 VASA | alla över 18 år med utvecklingsstörning :  Vasa Stad  Social- och hälsovårdsverket  Vuxen socialarbete  PB 241  65101 VASA |