



LÄHETÄ HAKEMUS OSOITTEESEEN:

Örnsköldsviks kommun
Omsorgsenheten
Nygatan 16 vån 3
891 88 ÖRNSKÖLDSEVIK

HAKEMUS

Päiväys

**Sosiaalipalvelulain
mukainen toiminta**

HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilönumero
Postiosoite (lähiosoite, postinumero ja postiosoite)	Puhelin (myös suuntanumero)

KUVAUS

Mitä hakemus koskee:

Haen avustusta sen johdosta, että:

Toimintarajotteeni (kuvaava myös, miten se vaikuttaa jokapäiväiseen elämään):

Kuvaile toiminnot, joissa apua tarvitaan jokapäiväisessä elämässä:

HAKIJA

Hakija on

- Henkilö itse Huoltaja Edunvalvoja Uskottu mies

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Annan suostumuksen siihen, että kunta asiaa käsitellessään saa pyytää tarvitsemiaan tietoja Vakuutuskassalta, sairaanhoidosta, muusta sosiaalipalvelusta sekä tarvittaessa Työnvälitykseltä.

- Kyllä En anna

Olen tietoinen ja hyväksyn, että henkilötietoni sekä muut asian käsittelyn vaatimat tiedot rekisteröidään henkilötietolain (GDPR) mukaisesti.

- Kyllä En hyväksy

Hakijan allekirjoitus
(Alle 18-vuotiaiden lasten kohdalla vaaditaan **molempien** huoltajien allekirjoitusta.)

Hakemuksen täytössä on auttanut

Nimi

Nimikirjoitus

Lähiosoite

Puhelin päiväsaikaan

MUUT TIEDOT

Liitä hakemukseen todistus, joka kuvaa toimintarajoitetta, saatua diagnoosia.

Lisätietoja saa soittamalla Erityishuoltohallinnon vastaanottoon numerossa 0660-26 51 82.