



Närmare information [www.fpa.fi/funktionshindrad](http://www.fpa.fi/funktionshindrad)



Om du har frågor kan du ringa vår telefonservice  
[www.fpa.fi/servicenummer](http://www.fpa.fi/servicenummer)



Fyll i ansökan noggrant och kontrollera att alla  
nödvändiga bilagor finns med.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi dig.  
Du kan skicka in ansökan och bilagorna per post  
[www.fpa.fi/postadresser](http://www.fpa.fi/postadresser)

**Ansökningstid:** Inom 6 månader från den dag då du önskar få förmånen.

ⓘ Som bilaga till ansökan behöver vi ett läkarutlåtande om barnets hälsotillstånd. Utlåtandet får inte vara äldre än 6 månader.

## 1. Uppgifter om barnet

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Bor barnet i Finland?

Ja

Nej. I vilket land bor barnet? \_\_\_\_\_

## 2. Barnets sjukdomar och skador och hur de behandlas

Utifrån vilken sjukdom eller skada söker du handikappbidrag för barnet?

När uppkom eller ökade barnets behov av vård?

Besöker barnet läkare regelbundet?

Nej

Ja. Hur ofta och var?

När och var ska barnet besöka läkare nästa gång?

Plats \_\_\_\_\_

Tidpunkt \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Har någon av föräldrarna varit tvungen att ordna sin arbetstid på något särskilt sätt p.g.a. barnets sjukdom?

Nej

Ja. På vilket sätt?

### 3. Barnets behov av hjälp och omvårdnad

**Beskriv med egna ord vilken typ av hjälp och omvårdnad barnet behöver i högre grad än ett friskt barn i samma ålder.**

Fortsätt vid behov i punkt 12 eller på ett separat papper. Skriv barnets namn och personbeteckning på pappret.

a. Behöver barnet hjälp eller tillsyn vid förflyttning?

① Ange också om barnet använder något rörelsehjälpmedel.

Nej  Ja. Beskriv vilken typ av hjälp eller tillsyn barnet behöver.

b. Behöver barnet hjälp eller handledning i sitt dagliga liv, t.ex. hjälp med att äta, klä av och på sig och tvätta sig eller vid toalettbesök?

Nej  Ja. Beskriv vad barnet behöver hjälp med.

c. Behöver barnet hjälp för att kunna se, höra eller tala?

① Ange också om barnet använder ersättande kommunikationsmetoder eller hjälpmedel, t.ex. hörapparat, tecken eller bilder.

Nej  Ja. Beskriv vad barnet behöver hjälp med och i vilka situationer.

d. Behöver barnet hjälp med social interaktion, t.ex. med att uttrycka sig, i lekar, i relationer till andra barn eller vuxna?

Nej  Ja. Beskriv vad barnet behöver hjälp med.

e. Behöver barnet hjälp med behandlingen av sin sjukdom, t.ex. med att ta mediciner eller mäta blodsockret?

Nej  Ja. Beskriv vad barnet behöver hjälp med.

f. Behöver barnet hjälp, handledning eller tillsyn i andra situationer?

Nej  Ja. Beskriv vilken typ av hjälp, handledning eller tillsyn barnet behöver.

### 4. Dagvård – Fyll i den här punkten bara om du ansöker om bidrag för ett barn i daghemsåldern.

Var får barnet dagvård?

Hemma. Vem sköter barnet? \_\_\_\_\_

På daghem

Någon annanstans. Var? \_\_\_\_\_

Behöver barnet speciella arrangemang eller stödåtgärder i dagvården, t.ex. personlig assistent?

Nej  Ja. Beskriv vilken typ av arrangemang eller stödåtgärder barnet behöver och hur ofta.

Baserar sig dagvården på ett läkarutlåtande?

Nej

Ja

## 5. Skolgång – Fyll i den här punkten bara om du ansöker om bidrag för ett barn i skolåldern.

Behöver barnet speciella arrangemang eller stödåtgärder i skolan, t.ex. personlig assistent eller stöd- eller specialundervisning?

Nej  Ja. Beskriv vilken typ av arrangemang eller stödåtgärder barnet behöver.

Behöver barnet speciella arrangemang för skolresan?

Nej  Ja. Beskriv vilken typ av arrangemang barnet behöver.

## 6. Rehabilitering – Fyll i den här punkten bara om barnet deltar i rehabilitering eller kommer att delta i rehabilitering.

Barnet får följande rehabilitering:

Ange när rehabiliteringen börjar och slutar om du känner till dessa uppgifter.

fysioterapi \_\_\_\_\_ gång(er) i veckan / \_\_\_\_\_ gång(er) i månaden

Rehabiliteringen ges av \_\_\_\_\_

psykoterapi \_\_\_\_\_ gång(er) i veckan / \_\_\_\_\_ gång(er) i månaden

Rehabiliteringen ges av \_\_\_\_\_

talterapi \_\_\_\_\_ gång(er) i veckan / \_\_\_\_\_ gång(er) i månaden

Rehabiliteringen ges av \_\_\_\_\_

ergoterapi \_\_\_\_\_ gång(er) i veckan / \_\_\_\_\_ gång(er) i månaden

Rehabiliteringen ges av \_\_\_\_\_

Annan rehabilitering. Beskriv rehabiliteringen och hur ofta och var den ges.

Gör du övningar hemma tillsammans med barnet för att stödja barnets rörelseförmåga, tal, interaktionsförmåga eller andra funktioner?

Nej  Ja. Vilken typ av övningar gör ni och hur ofta?

Förs barnet till rehabiliteringen av den som har hand om vården av barnet?

Nej  Ja. Hur många gånger i veckan? \_\_\_\_\_ gång(er)

Hur lång tid tar resan i en riktning? \_\_\_\_\_ minuter/timmar

## 7. Kostnader

ⓘ Ange endast de kostnader som barnet **inte får** ersättning för från FPA eller något annat håll (t.ex. försäkringsbolag).

Medför barnets sjukdom eller skada regelbundna kostnader?

Nej  Ja. Vilka kostnader och hur mycket?

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ euro per år

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ euro per år

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ euro per år

## 8. Ersättningar från annat håll

Får barnet eller ansöker du för barnet om en förmån från utlandet som motsvarar handikappbidraget?

Nej  Ja. Vilken förmån och varifrån?

Får barnet eller ansöker du för barnet på grund av sjukdomen eller skadan om fortlöpande månatlig ersättning från ett försäkringsbolag i Finland eller utomlands?

Nej  Ja. Vilken ersättning och varifrån?

## 9. Uppgifter om den sökande

---

Är du  barnets vårdnadshavare  
 någon annan person. Vilken är din relation till barnet? \_\_\_\_\_

Personbeteckning \_\_\_\_\_ Efternamn och förnamn \_\_\_\_\_

Näradress \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_ Postanstalt \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-postadress \_\_\_\_\_

Bor barnet hos dig?

Ja  Nej. Hos vem bor barnet och på vilken adress? \_\_\_\_\_

Arbetar du eller din make, maka, sambo eller registrerade partner utomlands?

Nej  Ja. I vilket land? \_\_\_\_\_

## 10. Kontonummer för utbetalning av handikappbidraget

---

## 11. Bilagor

---

Läkarutlåtande C eller ett motsvarande läkarutlåtande.

Har redan lämnats in till FPA.  Jag lämnar in ett läkarutlåtande senast \_\_\_\_\_.

Annan bilaga. Vilken? \_\_\_\_\_

Jag har redan tidigare lämnat in en bilaga som gäller den här ansökan till FPA (bilagans namn och inlämningsdatum): \_\_\_\_\_

Jag lämnar senare in följande bilaga till FPA (bilagans namn och inlämningsdatum): \_\_\_\_\_

senast \_\_\_\_\_.

## 12. Övriga upplysningar – Ange med en siffra vilken punkt i ansökan du hänvisar till.

---

Övriga upplysningar på ett separat papper. Skriv barnets namn och personbeteckning på pappret.

## 13. Underskrift

---

① Beslutet skickas till vårdnadshavaren. Vårdnadshavare som bor på olika adresser får var sitt beslut (5 § i lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt).

**Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och kommer att meddela om de ändras.**

Ort och datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

De uppgifter som vi har fått för att kunna avgöra detta förmånsärende kan också användas för ett annat förmånsärende om uppgifterna enligt lag ska beaktas i samband med ärendet. Likaså kan uppgifter som vi har fått i samband med en annan förmån användas vid avgörandet av detta förmånsärende. Kontakta oss om du vill veta var vi kan hämta uppgifter om dig och till vem vi kan lämna ut dina uppgifter.