



Du kan göra din ansökan och lämna in bilagorna också i e-tjänsten MittFPA ([www.fpa.fi/mittfpa](http://www.fpa.fi/mittfpa)). Närmare information på [www.fpa.fi/funktionshindrad](http://www.fpa.fi/funktionshindrad)



Om du har frågor kan du ringa vår telefontjänst ([www.fpa.fi/ring-fpa](http://www.fpa.fi/ring-fpa)).



Fyll i blanketten noggrant och kontrollera att alla nödvändiga bilagor finns med. Om vi behöver ytterligare uppgifter kontakter vi dig. Skicka ansökan och bilagorna till adressen Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

- i** Som bilaga till din ansökan behövs ett läkarutlåtande. Högst 6 månader får ha förflutit sedan utlåtandet uppgjordes. Om du har flyttat till Finland och inte tidigare har ansökt om förmåner hos FPA, ska du dessutom fylla i blankett Y 77r. Om du är på väg utomlands, ska du också fylla i blankett Y 38r.

**Ansökningstid:** Förmånen kan beviljas retroaktivt för högst 6 månader.

### 1. Uppgifter om den sökande

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

Näradress \_\_\_\_\_

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

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

Bosättningsland

Finland  Något annat land. Vilket? \_\_\_\_\_

Har du bott eller arbetat i något annat land än Finland under de senaste 3 åren?

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

Är du

pensionär  i arbetslivet/arbetslös  studerande  något annat, vad? \_\_\_\_\_

Yrke: \_\_\_\_\_

### 2. Kontonummer

- i** Förmånen betalas in på en vuxen kunds eget konto om inte en intressebevakare har förordnats. En minderårigs förmån betalas in på det konto som vårdnadshavaren/intressebevakaren har uppgett.

Kundens eget kontonummer

Kontonummer som intressebevakaren eller den minderårigas vårdnadshavare har uppgett

Kontonummer: \_\_\_\_\_

### 3. Ansökan

- i** Om du ansöker om justering eller fortsatt utbetalning av ditt nuvarande bidrag behöver du inte ange detta separat. Om du har ålderspension eller pension på grund av full arbetsförmåga kan du inte ansöka om handikappbidrag för personer över 16 år.

Jag ansöker om

vårdbidrag för pensionstagare  handikappbidrag för personer över 16 år

Jag samtycker till att FPA utifrån den här ansökan vid behov kan meddela mig ett beslut om de handikappförmåner som jag har rätt till.

#### 4. Pensioner och ersättningar från annat håll

---

Får du eller ansöker du om pension från något annat land än Finland?

- Nej  Ja. Vilken pension och från vilket land?

---

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

- Nej  Ja. Vilken förmån och varifrån?

---

Får du eller ansöker du om ersättning från något finskt eller utländskt försäkringsbolag på grund av en skada?

- Nej  Ja. Vilken förmån och varifrån?
- 

#### 5. Sjukdomar och funktionsnedsättningar och hur de behandlas

---

Vilka sjukdomar eller funktionsnedsättningar försvårar ditt dagliga liv?

---

När började din funktionsförmåga försämras?

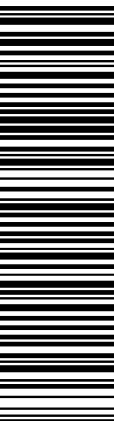
---

Vid vilka verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården får du i regel vård?

---

Får du läkarordinerad behandling eller rehabilitering för din sjukdom eller funktionsnedsättning, (t.ex. fysioterapi eller psykoterapi)?

- Nej  Ja, vilken typ av behandling eller rehabilitering får du och hur ofta?  
**i** Ange också när behandlingen eller rehabiliteringen inleddes och hur länge den är avsedd att pågå.



## 6. Behovet av hjälp, handledning och tillsyn

---

**i** Du kan vid behov fortsätta i punkt 9. Övriga upplysningar.

### Hur mycket och vilken typ av hjälp eller handledning och tillsyn behöver du

med att förflytta dig inomhus eller utomhus, (t.ex. med att komma i rörelse)?  Jag behöver inte hjälp eller handledning och tillsyn.

**i** Ange också om du använder hjälpmedel för att förflytta dig eller om du behöver tillsyn för att inte tappa bort dig eller falla.

---

med av- och påklädning eller med den personliga hygien (t.ex. då du ska tvätta dig eller besöka toaletten)?  Jag behöver inte hjälp eller handledning och tillsyn.

**i** Ange också om du behöver påminnas om saker.

---

med att äta?  Jag behöver inte hjälp eller handledning och tillsyn.

---

med att se, höra eller tala?  Jag behöver inte hjälp eller handledning och tillsyn.

**i** Ange också om du använder något slag av hjälpmedel för att kunna se, höra eller kommunicera eller om du behöver tolk. Ange i så fall vilka hjälpmedel och vilken typ av tolk du behöver och i vilka situationer.

---

med att komma ihåg saker?  Jag behöver inte hjälp eller handledning och tillsyn.

---

med behandlingen av din sjukdom (t.ex. med att ta mediciner)?  Jag behöver inte hjälp eller handledning och tillsyn.

---

med att sköta hemmet, laga mat eller sköta ärenden utanför hemmet?  Jag behöver inte hjälp eller handledning och tillsyn.

---

med något annat, vad?

## 7. Hjälp av andra

**i** Kryssa för lämpliga alternativ och skriv in de uppgifter som efterfrågas.

Av vem får du hjälp?

- Jag har ingen hjälp       Av en anhörig       Av en personlig assistent
- Av personalen från hemservicen/hemsjukvården       Av servicehusets personal
- Jag anlitar en städare \_\_\_\_\_ gånger i månaden.
- Jag anlitar butiksservice \_\_\_\_\_ gånger i månaden.
- Jag anlitar måltidsservice \_\_\_\_\_ gånger i veckan.
- Jag har en trygghetstelefon.
- Annan hjälp. Av vem? \_\_\_\_\_

Hur mycket hjälp får du?

**i** I stället för antalet timmar kan du också ange hur många gånger per vecka eller dag du får hjälp. Beskriv omfattningen av den hjälp som du får så noggrant som möjligt.

- Jag får hjälp varje vecka. Hur många timmar per vecka? \_\_\_\_\_
- Jag får hjälp varje dag. Hur många timmar per dag? \_\_\_\_\_

Från och med när har du fått hjälp/när har ditt behov av hjälp ökat?

Hur länge anser du att du tryggt klarar dig ensam?

- Ett helt dygn     Över natten     Endast några timmar     Jag kan inte alls vara ensam

## 8. Kostnader

**i** Kostnader som beror på sjukdom eller funktionsnedsättning kan leda till att bidraget betalas med förhöjt belopp. Kostnaderna ska fortgå i minst ett halvt år och förutsätts vara nödvändiga med tanke på sjukdomen eller funktionsnedsättningen.

Ange nedan om du har kostnader som beror på sjukdom eller funktionsnedsättning. Om du har sådana, ska du också uppge vilka kostnader och kostnadernas belopp per år. Vid behov begär vi ytterligare uppgifter.

FPA har redan uppgifter om sådana kostnader som du fått FPA-ersättning för. Sådana kostnader är t.ex. kostnader för läkemedel som ersätts av FPA, resekostnader och kostnader för privata hälso- och sjukvårdstjänster.

Har du kostnader som beror på sjukdom eller funktionsnedsättning?

- Nej       Ja

- Serviceboendets omsorgsavgift \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_
- Hemvård/hemsjukvård \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_
- Städservice \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_
- Butiksservice \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_
- Transportavgifter i anslutning till måltidsservice \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_
- Läkarbesök \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_
- Rehabilitering och vård som ordinerats av läkare \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_
- Återkommande sjukhusavgifter \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_
- Läkemedel som du inte fått FPA-ersättning för \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_



- Sådana resekostnader i anslutning till sjukvård eller rehabilitering som du inte har fått FPA-ersättning för \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_
- Annan stödtjänst, vilken? \_\_\_\_\_ euro/år eller \_\_\_\_\_ euro/mån., startdatum: \_\_\_\_\_

#### Använder du servicesedlar?

- Nej  Ja

### 9. Övriga upplysningar

- i** Ange med nummer vilken punkt i ansökan du hänvisar till.

### 10. Bilagor

- i** Som bilaga till ansökan behövs ett läkarutlåtande C. Ett läkarutlåtande B eller annan medicinsk utredning kan godkännas om de uppgifter som behövs för avgörandet framgår där. Utredningen får inte vara äldre än ungefär 6 månader.
- Utlåtandet har redan lämnats in till FPA.
- Jag lämnar in ett läkarutlåtande senast \_\_\_\_\_.

### 11. Underskrift

- Jag ger mitt samtycke till att ytterligare information som behövs för ansökan får begäras av den person som nämns i punkt 12 och som hjälpte till att göra ansökan.

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

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

- i** Om förmånstagaren är under 18 år:

- ska vårdnadshavarens/intressebevakarens underskrift eller telefonnummer anges i ansökan. Telefonnumret kan antecknas i punkt 9.
- betalas förmånen in på det konto som vårdnadshavaren/intressebevakaren uppgett. Också beslutet skickas till vårdnadshavaren. Vårdnadshavare som bor på olika adresser får var sitt beslut (5 § i lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt).

### 12. Person som hjälpt till att göra ansökan

Namn och telefonnummer \_\_\_\_\_

Tjänsteställning och verksamhetsställe eller släktskapsförhållande \_\_\_\_\_

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 dem.