

Betalning av handikappbidrag för personer under 16 år

Om du har frågor kan du ringa vår telefonservice (www.fpa.fi/samarbetspartner-kundservice).



Fyll i blanketten noggrant.

Om vi behöver ytterligare uppgifter tar vi kontakt.

Posta blanketten och bilagorna på adressen Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

 Med den här blanketten kan välfärdsområdet

- anhålla om att handikappbidrag för personer under 16 år ska betalas till välfärdsområdet eller med välfärdsområdets samtycke till en sådan annan lämplig person som avses i 27 § 2 mom. i lagen om handikappförmåner.
- ansöka om handikappbidrag för personer under 16 år, om barnet får institutions- eller familjevård (14 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården).

Blanketten kan också användas för anhållan om att handikappbidraget ska betalas till en person i vars vård barnet har placerats i enskilt hem (27 § 1 mom. i lagen om handikappförmåner).

De uppgifter som lämnas till FPA på den här blanketten gäller tills vidare. Välfärdsområdet ansvarar för att de uppgifter som lämnas är riktiga. Välfärdsområdet är skyldigt att utan dröjsmål anmäla ändrade uppgifter till FPA.

1. Barn som ärendet gäller

Personbeteckning _____ Efternamn och förnamn _____

2. Välfärdsområde som gör framställan

Välfärdsområde _____

Adress _____

Person som ansvarar för ärendet _____

3. Vem välfärdsområdet anhåller om att handikappbidraget ska betalas till

Välfärdsområdet:

- Med stöd av 14 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (barnet får institutions- eller familjevård).
- Med stöd av 27 § 2 mom. i lagen om handikappförmåner (om det inte är ändamålsenligt att betala bidraget till barnets intressebevakare eller den person i vars vård barnet är).

Annan person:

- Med stöd av 27 § 1 mom. i lagen om handikappförmåner (bidraget kan med välfärdsområdets samtycke betalas till en person i vars vård barnet har placerats i enskilt hem (81 § i barnskyddslagen)). Bifoga en kopia av välfärdsområdets beslut.

Personbeteckning _____ Efternamn och förnamn _____

Telefonnummer _____

- Med stöd av 27 § 2 mom. i lagen om handikappförmåner (om det inte är ändamålsenligt att betala bidraget till barnets intressebevakare eller den person i vars vård barnet är. Då kan betalningsmottagaren vara t.ex. en familjevårdare).

Personbeteckning _____ Efternamn och förnamn _____

Telefonnummer _____

4. Motivering till välfärdsrådets framställan

Varför ska handikappbidraget betalas till välfärdsområdet eller den person som angetts ovan?

5. Numret på det konto till vilket handikappbidraget ska betalas

Kontonummer

Kontoinnehavare

6. Underskrift av den person som föreslås som betalningsmottagare

i Om bidraget med välfärdsrådets samtycke betalas till den person som angetts ovan ska välfärdsområdet be personen i fråga ge sitt samtycke här.

Jag samtycker till att lyfta handikappbidraget och att använda det för barnets bästa.

Ort och datum

Underskrift

7. Underskrift (välfärdsområde)

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

Ort och datum

Underskrift

Tjänsteställning och verksamhetsställe

Telefonnummer
