



Du kan göra din ansökan och lämna in bilagorna också på nätet www.fpa.fi/etjanst
Närmare information www.fpa.fi/funktionshindrad




Om du har frågor kan du ringa vår telefonservice 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

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

 Som bilaga till din ansökan behövs ett läkarutlåtande. Högst 6 månader får ha förflutit sedan utlåtandet uppgjordes.

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

 Kontonumret ska anges även om du har någon annan förmån från FPA. Handikapp- eller vårdbidraget betalas alltid till förmånstagaren, dvs. till den sökande själv. Därför ska förmånstagarens eget kontonummer anges i ansökan.

3. Ansökan

 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

4. Ersättningar från annat håll

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 försämrats?

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.

Hurdan 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** Nedanstående kostnader som förorsakas av sjukdomen eller funktionsnedsättningen kan inverka på förmånens belopp. Kostnaderna beaktas alltid individuellt utifrån den sökandes situation. Kostnaderna måste förorsakas av en sjukdom eller funktionsnedsättning som försämrar din funktionsförmåga och vara behövliga på grund av vården eller rehabiliteringen i enlighet med god medicinsk praxis.

Kostnaderna ska i regel fortgå i minst ett halvt år.

Information om vilka bilagor som behövs finns i punkt 10. Bilagor.

Serviceboende (vårdens andel) från _____ euro per månad

Hemvård/hemsjukvård från _____ euro per månad

Städservice från _____ euro per månad

Butiksservice från _____ euro per månad

Transportkostnader för måltidsservice från _____ euro per månad

Annan stödservice, vad?

_____ från _____ euro per månad

Använder du servicesedlar?

Nej Ja, för vilken service? _____

Läkarbesök: på hälsovårdscentral _____ euro per år

på poliklinik/inom specialiserad sjukvård _____ euro per år

hos privatläkare _____ euro per år

Återkommande sjukhusavgifter (vårdperioder och orsakerna till dem)

_____ euro per år

Besök för rehabilitering och behandling från _____

Vilken rehabilitering/behandling får du och var?

_____ euro per år

Inköp av läkemedel som ersätts av FPA och kostnader för resor i anslutning till sjukvård eller rehabilitering

- i** Ange här endast de kostnader som du **inte får** ersättning för från FPA eller något annat håll. Du behöver inte ange kostnader för läkemedel som ersätts av FPA, inte heller kostnader för sådana resor till sjukvård eller rehabilitering som du har fått FPA-ersättning för. Vi får uppgifter om de här kostnaderna från FPA:s datasystem.

Läkarordinerade läkemedel som du inte fått FPA-ersättning för

_____ euro per år

Om du inte har ansökt om FPA-ersättning för resekostnaderna ska du här ange kostnader för resor i anslutning till sjukvård eller rehabilitering

_____ euro per år



9. Övriga upplysningar

① Ange med en siffra vilken punkt i ansökan du hänvisar till.



10. Bilagor

Markera med ett kryss vilka bilagor till ansökan du lämnar in till FPA. Om du kommer att lämna in en bilaga senare ska du ange när du senast lämnar in den.

Läkarutlåtande C eller ett motsvarande läkarutlåtande.

Har redan lämnats in till FPA.

Jag lämnar in ett läkarutlåtande senast _____._____.

Om du har kostnader för sådana tjänster som nämns i punkt 8 ska du lämna in de utredningar om dem som begärs nedan. Av utredningarna ska framgå hur mycket du själv betalar för tjänsterna per månad. Lämna in utredningar för de senaste 6 månaderna. Det räcker med kopior.

Serviceboende

Jag lämnar in en utredning senast _____._____.

- Service- och vårdplan eller serviceavtal
- Utredning om när omsorgsservicen har börjat, vad den innehåller och vilka tjänster som ingår i den. Tjänsterna ska specificeras så att avgifterna för de enskilda tjänsterna framgår
- Kommunens betalningsförbindelse om kommunen står för kostnaderna för ditt serviceboende

Hemvård/hemsjukvård

Jag lämnar in en utredning senast _____._____.

- Service- och vårdplan
- Betalningsbeslut eller serviceavtal

Städservice

Jag lämnar in en utredning senast _____._____.

- Städserviceavtal eller motsvarande utredning, där det framgår när servicen har börjat och vad den innehåller, kostar och omfattar

Butikservice

Jag lämnar in en utredning senast _____._____.

- Butikserviceavtal eller motsvarande utredning, där det framgår när servicen har börjat och vad den innehåller, kostar och omfattar

Måltidsservice

Jag lämnar in en utredning senast _____._____.

- Betalningsbeslut, serviceavtal eller motsvarande utredning, där det framgår när måltidsservicen har börjat och vad transportkostnadernas andel och antalet hemtransporterade måltider är

Servicesedel

Jag lämnar in en utredning senast _____._____.

- Service- och vårdplan
- Betalningsbeslut eller serviceavtal där servicesedlarnas antal och när de har beviljats framgår
- Utredning om den andel som du själv ska betala efter servicesedeln, (t.ex. serviceproducentens fakturakopior för flera månader)

Annan bilaga; vad?

11. Underskrift

Jag ger mitt samtycke till att den tilläggsinformation som behövs för ansökan får begäras av den person som nämnts 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.

Datum

Underskrift

Om du är under 18 år ska ansökan undertecknas av din vårdnadshavare eller intressebevakare eller så ska deras telefonnummer anges. Telefonnumret kan du ange i punkt 9.

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.

