

Med denna ansökan kan en person, som inte klarar av självständigt boende, ansöka om familjevård, institutionsvård eller boendeservice utanför sin hemkommun och dessutom övrig behövlig socialservice. Den sökande jämställs med välfärdsområdets egna invånare som behöver motsvarande tjänster.

Ansökan behandlas inte om den sökande gjort en motsvarande ansökan till ett annat välfärdsområde, och ärendet är anhängigt där. Den sökande kan dock samtidigt ha ett anhängigt ärende som gäller vårdplats eller boendeservice i sin hemkommuns välfärdsområde.

**Uppgifter om den sökande**

Namn	
Personnummer	
Nuvarande hemkommun	Adress
Telefon	E-post
Namn, telefonnummer och postadress till intressebevakare eller den som sköter den sökandes ärenden (ifall den sökande har en intressebevakare eller vill utse en person för att assistera i ansökningsprocessen).	

**Servicebehov**

Ansökan gäller <ul style="list-style-type: none"><li>heldygnsomsorg för äldre personer</li><li>gemenskapsboende för äldre och relaterade övriga socialtjänster</li><li>boendetjänster för mentalvårdsklienter</li><li>institutions- eller boendetjänster för personer under 65 år</li><li>serviceboende med stöd av funktionshindersservicelagen</li><li>institutions- och boendetjänster eller familjevård för personer med intellektuell funktionsnedsättning</li></ul>
Klientens uppfattning om behovet av tjänster och faktorer som påverkar behovet

**Sökandens nuvarande service**

Vilken service får sökanden för tillfället?

Kontaktuppgifter (telefonnummer och e-postadress) till den anställda som ansvarar för bedömning av servicebehovet i det välfärdsområde som den sökandes kommun hör till.

Vid handläggning av ansökan görs en utredning om servicebehovet i samråd med välfärdsområdet i den sökandes hemkommun. För utredningen är det nödvändigt att få social- och hälsovårdens patient- och klientuppgifter från den sökandes välfärdsområde med stöd av 20 § 1 mom. i lagen om klientens ställning och rättigheter.

Jag ger mitt samtycke till informationsutbyte mellan min hemkommuns välfärdsområde och det välfärdsområde som mottagit min ansökan att behandla min ansökan och fatta beslut i ärendet, utan hinder av sekretesskyldigheten och till den del det är nödvändigt.

Jag befullmäktigar den person som jag angett att sköter mina ärenden/intressebevakaren att få information om denna ansökan och behandlingen av den.

Jag försäkrar att jag inte har lämnat in ansökningar till andra välfärdsområden utöver Helsingfors stad och min nuvarande hemkommuns välfärdsområde.

**Datum och underskrift**

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande