

ANSÖKAN TILL ANSTALTSVÅRD

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE			
Skadenummer		Personbeteckning	
Efternamn			
Förnamn			
Gatuadress			
Postnummer		Postanstalt	
Telefon		E-post	
Invaliditetsgrad %			

UPPGIFTER OM ANSTALTSVÅRD	
Jag ansöker om betalningsförbindelse för	
☐ anstaltsvård	
☐ anstaltsvård på en viss tid, tidpunkt:	
☐ intervallvård, antal veckor om året:	
☐ anstaltsvård på deltid	
Anstaltens namn	

KARTLÄGGNING AV FUNKTIONSFÖRMÅGAN	
Rörelseförmåga	☐ normal eller nästan normal ☐ något försämrad ☐ behöver hjälp av en annan person
Att tvätta sig	☐ klarar det själv ☐ behöver hjälp ibland ☐ hjälp behövs hela tiden
Att klä på sig	☐ klarar det själv ☐ behöver hjälp ibland ☐ hjälp behövs hela tiden
Måltider	☐ klarar det själv ☐ behöver hjälp ibland ☐ hjälp behövs hela tiden
Hjälpmedel som används	☐ ingen ☐ ja, vilken/vilka:
Boende	☐ våningshus ☐ radhus ☐ egnahemshus



MER INFORMATION

BILAGOR
Ett läkarutlåtande om behovet av anstaltsvård skall fogas till ansökan.
Läkarutlåtandet ☐ är bifogat ☐ sänds senare, när: ☐ har redan sänts till:

- Skicka in ansökningen elektroniskt via den krypterade e-tjänsten <https://turvaviest.valtiokonttori.fi>.
- Ansökningen kan även skickas per post: **Statskontoret, PB 60, 00054 STATSKONTORET**. Alla inlämnade dokument omvandlas till elektroniskt format och samtidigt förstörs pappersdokumenten.

Genom att lämna in ansökan försäkrar jag att de uppgifter jag gett i ansökan är riktiga. Statskontoret får vid behov skicka mina hälsouppgifter till rehabiliteringsinrättningen.	
Plats och tid	Underskrift och namnförtydligande
Ifall ansökan är ifylld för den sökandes räkning, behövs namn och kontaktuppgifter om den som fyllt i ansökan (den sökandes underskrift behövs ej)	