STATSKONTTORET
Militärskade- och veteranärenden

ANSÖKAN TILL ANSTALTSVÅRD

Skriv ut blanketten

Töm blanketten

Jag ansöker om betalningsförbindelse för

☐ anstaltsvård ☐ Intervallvård

☐ anstaltsvård på en viss tid _____ veckor om året

☐ anstaltsvård på deltid Anstaltens namn _____

DEN SÖKANDES PERSON-UPPGIFTER	Släktnamn	Personbeteckning | | | | | | | - | | | | |
	Förnamn	Telefon
	Näradress	
	Postnummer	Postanstalt
	Invaliditetsgrad, %	Skadenummer
HUR KLARAR NI AV VARDAGS-SYSSLORNA (kryssa för rätt alternativ)	Rörelseförmåga ☐ normal eller nästan normal ☐ något försämrad ☐ jag behöver hjälp av en annan person	
	Att tvätta på 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	
	Att äta	

Valtiokonttori
Statskontoret
State Treasury

Sörnäs strandväg 13, Helsingfors | PB 50, 00054 STATSKONTORET |
Tel. 0295 50 3070, Fax 0295 50 3065 | www.statskontoret.fi

	☐ klarar det själv ☐ behöver hjälp ibland ☐ hjälp behövs hela tiden
	Förmåga att hålla urin och avföring ☐ båda normala ☐ dålig förmåga att hålla urin ☐ dålig förmåga att hålla avföring
	Hjälpmedel ☐ har inte något hjälpmedel ☐ har hjälpmede, vilket? _____
	Tilläggsinformation
BOENDE-FÖRHÅL-LANDEN	Bor ☐ våningshus ☐ radhus ☐ egnahemshus

UNDER-SKRIFT	Ort och datum	Sökandens underskrift Namnförtydligande
BILAGOR	**Ett läkarutlåtande om behovet av anstaltsvård skall fogas till ansökan.**	

Blanketten skickas till Statskontoret till adressen: Statskontoret, Militärskade- och veteranärenden, PB 60, 00054 STATSKONTORET