

Ansøgning til
Handicap- og psykiatridelingen, Social og Senior,
Sønderborg Kommune, Ellegårdvej 25A, 6400 Sønderborg
handicapogpsykiatri@sonderborg.dk

- for personer med handicap, sindslidelse eller socialt udsatte med varigt og betydelig nedsat funktionsevne

Du kan med skemaet her søge om følgende, jf. Serviceloven (sæt kryds):

- Socialpædagogisk bistand (§85)
- Borgerstyret Personlig Assistance, BPA (§96)
- Kontaktperson til døvblinde (§98)
- Beskyttet beskæftigelse (§103)
- Samværs- og aktivitetstilbud (§104)
- Midlertidige botilbud (§107)
- Længerevarende botilbud (ABL §105 eller SEL §108)

Vejledning til udfyldelse af skemaet

Til ansøger:

For at kunne behandle din ansøgning er det vigtigt, at du udfylder ansøgningsskemaet så uddybende som muligt. Du bedes beskrive hvad det er du har svært ved og hvad der giver problemer i din hverdag. Du er velkommen til at vedlægge yderligere dokumentation, som beskriver hvorfor du har brug for støtte (eks. lægelige oplysninger, udtalelse fra psykolog, el.lign).

Til den professionelle:

Skemaet kan udfyldes af ansøger og den professionelle i fællesskab. Det forventes, at den professionelle vedhæfter evt. dokumenter, der er relevante for ansøgningen. (fx aktuell behandlingsplan, speciallægeerklæring, jobplan for ressourceforløb el. andet).

Det skal fremgå af ansøgningen, på hvilke områder den professionelle vurderer, at ansøger har behov for støtte. Den professionelle skal fagligt beskrive ansøgers ressourcer og formålet med støtteindsatsen.

Navn:	CPR:
Adresse:	Telefonnummer:
Forsørgelsesgrundlag:	Er du tilmeldt www.borger.dk ? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>

Årsag til ansøgning (hvad har du brug for støtte til, hvad søges der om?):

Tilknyttet behandling på sygehus o.l. Afd. _____ <ul style="list-style-type: none"> • Primærbehandler / kontaktperson Navn og tlf. _____	Tilknyttet Sønderborg Kommune (Jobcenter, Børn og Familie, STU mm.) Afd. _____ <ul style="list-style-type: none"> • Primær sagsbehandler / tovholder Navn og tlf. _____
Egen læge:	
Jeg giver mit samtykke til, at Social og Senior må udveksle oplysninger med alle ovennævnte behandlere: JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Er der andre relevante fagpersoner Social og Senior bør udveksle oplysninger med? (skriv hvem): _____	

Her bedes du give oplysninger, der er relevante i beskrivelsen af din funktionsevne:

Oplysninger om funktionsevne (færdigheder/begrænsninger)
Diagnose, medicin og hjælpemidler (Hvordan påvirker din lidelse dig i hverdagen? Hvilke behov for støtte har du? Benytter du hjælpemidler? Har du et misbrug?):
Bolig, mad, misbrug og personlig pleje (Hvordan klarer du de daglige gøremål - rengøring, indkøb og madlavning? Hvad er svært for dig ? Har du misbrug, hvilket ? –stof/medicin/alkohol? Har du behov for støtte til personlig pleje?)

Socialt netværk og fritid (Hvordan er dit forhold til dit netværk, venner, familie? Deltager du i aktiviteter i din fritid? Kan du deltage i aktiviteter udenfor hjemmet uden støtte?)

Husholdning, økonomi, transport og kommunikation (Hvordan klarer du de daglige gøremål? Kan du benytte offentlige transportmidler, hvis nej hvorfor ikke? Har du brug for hjælp til at læse og forstå din post?)

Når professionelle hjælper med ansøgningen, forventes det, at lægelige oplysninger eller andre relevante oplysninger vedlægges.

Dato: _____

Borgers underskrift: _____