

FUNKTIONSSKEMA - VOKSNE

I henhold til Landstingsforordning nr. 7 af 3.november 1994 om hjælp til personer med vidtgående handicap §§ 1 og 2 samt Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Udfyldes så vidt muligt sammen med klienten eventuelt familien.

1. Færdigheden kan ikke klares.
2. Færdighed kan klares med opfordring og hjælp
3. Færdigheden kan klares med opfordring.
4. Færdighed kan klares uden hjælp.

Sove:		1	2	3	4
	Gå i seng				
	Stå op				
	Rede seng				

Bemærkninger:

Hygiejne:		1	2	3	4
	Børste tænder				
	Bade/ hårvask				
	Barbering				
	Menstruation				

Bemærkninger:

Kost:		1	2	3	4
	Kan klare små indkøb				
	Kan klare større indkøb				
	Kan sørge for egen tørkost (frokost)				
	Dække bord				
	Vaske op				
	Kan lave varm mad				

Bemærkninger:

Tøj / tøjvask:		1	2	3	4
	Selvstændigt indkøb af tøj				
	Valg af hensigtsmæssig påklædning				
	Lettere vedligeholdelse				
	Sortere og vaske tøj				
	Hænge tøj op (tørretumbler)				

Rengøring /orden:		1	2	3	4
	Holde orden på eget værelse / lejlighed				
	Rengøring på eget værelse / lejlighed				

	Bidrage til orden i fællesrum				
	Bidrage til rengøring i fællesrum				

Bemærkninger:

Huset:		1	2	3	4
	Kan betjene: Radio				
	Fjernsyn				
	Vaskemaskine				
	Støvsuger				
	Strygejern				
	Komfur				
	Køle / fryseskab				
	Telefon				
	Mobil				
	Udskiftning af pærer				
	Udskiftning af sikring				

Bemærkninger:

Transport:		1	2	3	4
	Kan tage: Bus				
	Cykel				
	Kan selvstændigt transportere sig til et forud aftalt sted.				
	Kan spørge om vej				

Bemærkninger:

Økonomi:		1	2	3	4
	Fornemme pengenes værdi				
	Administrere lømmepenge eller indtægt				
	Kan opstille budget / oprette bankkonto				
	Kan overholde budget				
	Indsætte/ hæve penge				
	Betale regninger				
	Udfylde selvangivelse				

Bemærkninger:

Post:		1	2	3	4
	Kan modtage og gennemgå post				
	Kan gå på posthus				
	Kan sende breve/ kort				
	Kan sende pakke				
	Kan udfylde postanvisninger eller lignende				

Bemærkninger:

Læge/ tandlæge:		1	2	3	4
	Kan bestille tid				
	Kan overholde tiden				
	Give fyldestgørende forklaring				
	Kan selv bestille medicin				
	Kan selv afhente medicin				
	Kan selv administrere medicin				

Bemærkninger:

Sociale færdigheder:		1	2	3	4
	Har kontakt med: Forældre				
	Søskende				
	Venner				
	Det modsatte køn				
	Kollegaer				
	Kan oprette kontakt				
	Kan vedligeholde kontakt				

Bemærkninger:

Sproglige færdigheder:		1	2	3	4
	Kan gøre sig forståelig via tegn og tale				
	Kan gøre sig forståelig via tale				
	Kan tale				
	Kan argumentere				
	Kan diskutere				

Intellektuelle færdigheder:		1	2	3	4
	Kan læse og skrive				
	Kan læse og skrive lettere tekster				
	Kender klokken				
	Kender dag, uge, måned				
	Kender tal				

Bemærkninger:

<p>Vurdering af behov for hjemmehjælp:</p> <p>Vurdering af behov for støttetimer:</p>
--

Bemærkninger:

Funktionsskema udfyldt den: _____ Sted: _____

Klientens underskrift: _____

Støttepersonens underskrift: _____

Støttepersonens / forvaltningens underskrift: _____

FUNKTIONSSKEMA - BØRN

I henhold til Landstingsforordning nr. 7 af 3.november 1994 om hjælp til personer med vidtgående handicap §§ 1 og 2 samt Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Udfyldes så vidt muligt sammen med klienten eventuelt familien.

1. Færdigheden kan ikke klares.
2. Færdighed kan klares med opfordring og hjælp
3. Færdigheden kan klares med opfordring.
4. Færdighed kan klares uden hjælp.

Færdigheder	1	2	3	4
Kendskab til høje – venstre				
Kender ord der angiver retning				
Kender afstand og tid				

Bemærkninger:

Hygiejne:	1	2	3	4
Børste tænder				
Bade/ hårvask				
Vaske sig				
Menstruation				

Bemærkninger:

Kost:	1	2	3	4
Dække bord				
Tage af bordet				
Spiser selv				

Bemærkninger:

Påklædning	1	2	3	4
Valg af hensigtsmæssige påklædning				
Kan selv foretage af - påklædning				

Bemærkninger:

Tale - sprogudvikling	1	2	3	4
Forståelse for det talte				
Forstå kollektiv besked				

	Forstår direkte besked				
	Forstår andre sproglige udtryk end talen (tegn, minik, kropssprog, lyde)				
	Kan gøre sig forståelig via tale				
	Kan argumentere				

Bemærkninger:

Transport		1	2	3	4
	Kan selv tage bus				
	Cykel				
	Kan selvstændigt transportere sig til et forud aftalt sted.				
	Kan køre alene i taxa				
	Kan spørge om				

Bemærkninger:

Transport:		1	2	3	4
	Kan tage: Bus				
	Cykel				
	Kan selvstændigt transportere sig til et forud aftalt sted.				
	Kan spørge om vej				

Bemærkninger:

Grov motorik		1	2	3	4
	Kan stå				
	gå				
	løbe				
	gå længe ture				
	kravle				

Bemærkninger:

Fin motorik		1	2	3	4
	Kan tegne				
	klippe				
	knappe – lyste tøj				
	pincet greb				
	puslespil - lego				
	sy - perler				
	gribe bold - boldspil				

Bemærkninger:

Aktiviteter:		1	2	3	4
	Kan deltage i andre børns lege				
	Kan selv tage initiativ til leg				
	Kan deltage i fællesaktiviteter				

Bemærkninger:

Kontakter:		1	2	3	4
	Barnet kontakter selv sin støtteperson – hjælper				
	Barnet kontakter selv det øvrige personale på institution				
	Barnet kontakter selv venner				
	Barnet kontakter andre øvrige familiemedlemmer				
	Barnet kan selv oprette kontakt til andre				
	Barnet kan vedligeholde en kontakt				
	Barnet kontaktet andre børn				

Bemærkninger:

Intellektuelle færdigheder:		1	2	3	4
	Kan klare enkle tekster				
	Kan gøre sig forståelig via tale				
	Kender klokken				
	Kender dag – uge – måned				
	Kender farver				
	Kender former				
	Kender bogstaver				
	Kender tal				

Bemærkninger:

Vurdering af behov for støttetimer:

Bemærkninger:

Funktionsskema udfyldt den: _____ Sted _____

Forældre/ værgens underskrift: _____

Støttepersonens underskrift: _____

Støttepersonens / forvaltningens underskrift: _____

Om handleplan

I henhold til § 23 stk.3 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 3 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9. af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Handleplanen skal – så vidt som muligt udfyldes med klienten og eventuelt med familien. Der bør umiddelbart før udarbejdelsen af en handleplan være udarbejdet et funktionsskema, se i øvrigt samtalskema.

Klientens navn:	CPR-nr:
Adresse:	Beskæftigelse:
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

S T A T U S D E L

Helbredsmæssige oplysninger: Forbedringer / forværringer? Har der været indlæggelser, udstedt medicin, og tilses den handicappede af specialister?	
Hjælpeforanstaltninger: Hvilke andre hjælpeforanstaltninger modtager den handicappede?	
Adfærd: Er brugeren krævende / samarbejdsvillig? Brugers kontakt til andre personer / familie.	
Arbejde – beskæftigelse. Hvor mange timer om ugen har brugeren arbejde/ beskyttet beskæftigelse eller kommer hun / han i værestederne?	
Fritid. Fritidsinteresser, aftenskole, fritidsundervisning, familiebesøg, dyrkes der idræt?	

D Y N A M I S K D E L

hvad er der sket siden sidste handleplan

Udvikling: Hvilken udvikling er der sket med den handicappede siden udarbejdelsen af sidste handleplan? Dette kan understøttes af udviklingen i funktionsskemaet når	
--	--

<p>det sammenlignes med sidste funktionsskema? Beskriv, hvor er der sket fremskridt eller tilbagegang. Er der indkommet vurderinger fra andre fx sundhedsvæsenet, skolen eller andet inddrages dette i den generelle vurdering. Beskrivelsen skal ske sammen med den handicappede.</p>	
<p>Hjælpeforanstaltninger: For hver hjælpeforanstaltning gives en generel vurdering og specifikt beskrives om foranstaltningen har virket efter hensigten</p>	
<p>Mål: Hvilke mål i forrige handleplan blev nået? Hvorfor lykkedes det at opnå netop disse mål? Hvilke mål i forrige handleplan blev ikke nået? Hvorfor lykkedes det ikke at opnå disse mål?</p>	
F R E M T I D S D E L	
<p>Den handicappedes egne ønsker: Beskriv den handicappedes ønsker til fremtiden. Hvilke mål ønskes opnået? Hvilke delmål er der undervejs?</p> <p>Sagsbehandlerens vurdering af realismen af ønskerne:</p>	
<p>Hjælpeforanstaltninger: Hvilke hjælpeforanstaltninger er der behov for at kunne virkeliggøre den handicappedes ønsker?</p>	

K O N K L U S I O N S D E L	
<p>Fremtidige mål og hjælpeforanstaltninger. Hvilke mål sættes der op for det næste år? Hvilke hjælpeforanstaltninger søges der om?</p>	
<p>Den handicappedes kommentar til handleplanen:</p>	

--	--

Andre væsentlige bemærkninger til handleplanen.

Handleplan er lavet den _____ Sted _____

Klientens underskrift: _____

Støttepersonens underskrift: _____

Socialrådgiverens/ sagsbehandlerens underskrift: _____

Om støttepersonsrapport – støttepersonens forslag i forbindelse med genansøgning om støttetimer

I henhold til § 23 stk.3 i Landstingsforordning nr. 7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 10 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Støttepersonens navn:	Cpr.nr.:
Klientens navn:	Cpr.nr.:
Primært handicap:	Sekundære handicap:
Seneste handleplan udarbejdet den (angiv dato):	Seneste funktionsskema udarbejdet den (angiv dato):

Hvor længe har du været støtteperson for denne klient?

Hvilke dage og hvilke timer på dagen er du sammen med klienten?

Hvordan bruger klientens sin dag?

Hvordan bruger du din tid sammen med klienten?

Hvad er målet med støttetimerne?

Hvordan har udviklingen været siden sidste støttepersonsrapport?

Hvordan er dit samarbejde med klientens familie og andre personer som er vigtige for klienten?

Eventuelt andre oplysninger og synspunkter.

Om forslag til handleplan fra en støtteperson

I henhold til § 23 stk.3 i Landstingsforordning nr. 7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 10 stk.3 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Klientens navn:	CPR-nr:
Adresse:	Beskæftigelse:
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Beskrivelse af klientens dagligdag:

Døgnrytme, huslige opgaver, kontakt til familien, personlig hygiejne, arbejde / beskæftigelse, undervisning, økonomi, helbred – sygdomserkendelse, psykotiske symptomer – hvordan det virker på klienten, kontakt til omgivelser, husholdning, andet.
Færdigheder:
Problem/ problemområder:
Delmål/ Mål:
På tænkt metode(er)
Hvornår evaluering ønskes ske og med hvem:

Støttepersons underskrift: _____

Sted: _____ Dato: _____

Afleveret til: _____

Forslag af kopi afleveret klient:

Om beskæftigelsesvederlag på beskyttet arbejdsplads eller beskyttet værksted.

I henhold til § 18 i Landstingsforordning nr. 7 af 3. november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt §§ 35 – 36 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4. april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Klientens navn:	Cpr-nr.:
Adresse:	
Arbejdsstedets navn:	GER-nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Arbejdssted og arbejdsindhold

Beskrivelse af arbejdsstedet og det arbejde klienten skal udføre:

Omfanget af beskæftigelsen:

Hvor mange timer om ugen skal klienten arbejde:
Angiv antal timer:

Sikkerhedsforanstaltninger

Udpeget kontaktperson på arbejdsstedet	
Navn:	Tlf - mobil

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Arbejdssted: _____

Socialrådgiver/ sagsbehandler: _____

Om boligændringer

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt §§ 17-19 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Årsag til ansøgningen:

Beskrivelse af, hvorfor boligændringen findes nødvendig:

Ændring af adgangsforhold og andre udendørs ændringer:

Beskrivelse af de ønskede ændringer i adgangsforholdene og andre udendørs ændringer:

Indendørs boligændringer:

Beskrivelse af de ønskede ændringer af boligen:

Leverandør og pris:

Opgørelse af den samlede pris samt redegørelse for hvordan prisen er udregnet:

Kr.:

Sted: _____ Dato: _____

Klient: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres:

- Skitsetegning
- Arealtildelelse fra kommunen
- Godkendelse af projektet fra bygnings- og brandmyndigheden
- Godkendelse af projektet fra bygnings ejer
- Tilbud fra håndværkere mere end 2 (opgørelser for hvordan prisen er udregnet)

Om båretransport af person der var omfattet som vidtgående handicappet

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 50 stk.3 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap, der var omfattet af bekendtgørelsen § 42

Afdødes navn:	Cpr.nr.:
Opholdstedet adresse:	
Angiv dato for dødsdato:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Udgifter der søges om:

Fra opholdsted:	
Til hjemsted:	
Kr.:	
Pr. fly:	Pr skib:

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres:

- Dødsattest
- Dokumentation at klienten har opholdt sig udenfor sit hjemsted, fordi der ikke var et egnet bomæssigt tilbud
- Rejseplan og for transport af bære

Om driftstilskud til beskyttet boenhed

I henhold til § 12 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 34 stk.3 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Stedets navn:	Antal beboere/daglige brugere:
Adresse:	Oprettelsesdato:

Beskrivelse af stedet samt hvad driftstilskuddet skal dække:

--

Ansøgningsbeløb:

Beskrivelse af hvor stor en del af det samlede boligareal, der bruges til kontor/vagtværelse:
Ansøgningsbeløbet og forklaring på hvorfor dette beløb søges:
Pr. md. Kr.: _____ Periode: _____

Sted: _____ Dato: _____

Leder af boenhed: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres:

- Huslejekontrakt
- Mål fast skitsetegning
- Årsopgørelse varme
- Årsopgørelse El og vand

Om hel eller delvis dækning af merudgift af væsentlige merudgifter til vidtgående handicappede.

I henhold til § 6 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 5 stk.3 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Årsag til ansøgningen:

Beskrivelse af, hvorfor der findes at være væsentlige merudgifter for klienten:

Opgørelse for beregning af væsentlige merudgifter:

Merudgift af:	Normal udgift:	Faktisk udgift:	Difference mellem normal-faktiske

OBS. Forefindes særskilt skema om kørselsordning

Opgørelse af normale udgifter:

For hvert element der ønskes tilskud til beskrives den ugentlige eller månedlige udgift for en ikke handicappet:

Det ansøgte beløb pr måned.

Art:	Kr. pr. måned
------	---------------

Sted. _____ Dato: _____

Klient: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres:

- Faktiske udgifter for sidste 3 måneder

Om hel eller delvis dækning af væsentlige merudgift(er)

I henhold til § 6 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 5 stk.3 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Årsag til ansøgningen:

Beskrivelse af, hvorfor der findes at være væsentlige merudgifter for klienten:

Opgørelse for beregning af væsentlige merudgifter:

Ansøgte:	Normal udgift:	Faktisk udgift:	Difference mellem normal-faktiske

OBS. Forefindes særskilt skema om kørselsordning

Opgørelse af normale udgifter:

For hvert element der ønskes tilskud til beskrives den ugentlige eller månedlige udgift for en ikke handicappet:
--

Det ansøgte beløb pr måned – periode:

Art:	Kr. pr. måned	Periode:
------	---------------	----------

Sted: _____ Dato: _____

Klient: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres:

- Faktiske udgifter for sidste 3 måneder

Om aflastning

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt §§ 14-16 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Aflastningsstedets navn:	Hvis aflastningsstedet er en familie angiv da den ansvarliges Navn:
Adresse:	Cpr.nr.:
Aflastningsstedets relation til den handicappede:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Årsag til ansøgningen:

Beskrivelse af, hvorfor aflastningen er nødvendig:

Omfanget af aflastningen:

Hvor ofte skal aflastningen finde sted? Hver uge Hver 14. dag Hver 3. uge Hver 4. uge

Fra _____ dag kl. ____ til _____ dag kl. ____ første gang den _____

Ved aflastningens påbegyndelse: Bringes klienten Afhentes klienten

Ved aflastningens afslutning: Bringes klienten Afhentes klienten

Hvis det er aflastningsstedet der skal hente og aflevere klienten, hvad er der aftalt omkring transportomkostningerne?

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

OBS.

- Der afkræves ikke takstbetaling for døgninstitutioner drevet af Departementet for sociale anliggender.
- Forefindes fastsatte takster i henhold til gældende socialkontaktydelser og for selvejende institutioner

Skriftlig aftale mellem kommune og en aflastningsfamilie eller en døgninstitution, der modtager handicappede i aflastning.

Klienten der skal aflastes navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Institution:	Cpr.nr.:
Plejeforældre:	
Cpr.nr.:	
Adresse:	
Navn/Adresse:	
Er aflastningsstedet en selvejende institution?	
Er aflastningsstedet en plejefamilie?	
Hvornår er plejetilladelse udstedt i henhold til Landstingsforordning nr. 1 af 15.april om hjælp til børn og unge	
Sted:	Dato:

Forsørgelse af den handicappede:

Hvordan skal forsyrgelsen af den handicappede foregå?

Takster i forbindelse med aflastningsophold:

Anføres takst pr dag for aflastning:

Begrundelse for udbetaling af dobbelt takst til plejefamilien:

Udbetales kr.: pr dag:

Underskift mellem aflastningssted og kommune

Periode:	Fra:	Til:
Sted:		
Dato:		

Følgende dokumenteres:

- Plejetilladelse for aflastningsfamilier der modtager klienter under 18.år
- GER-nr.: for selvejende institutioner
- Kopi udleveres ansøger – aflastningssted

Om kørselsordning, hvortil der i hjemby eller opholdssted ikke forefindes kørselsordninger for handicappede

I henhold til § 7 stk.2 i landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 39 stk.3 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Behov:

Hvorfor har klienten behov for kørsel?
--

Opgørelse for beregning af væsentlige merudgifter:

Ansøgte:	Normal udgift:	Faktisk udgift:	Difference mellem normal-faktiske
Taxa			
Bus			
Andet			

Sammenlignende vurdering:

Angiv hvad ikke handicappet bruger en på kørselsudgift?
Beløb pr. måned kr.:

Det ansøgte beløb:

Beløb pr. måned kr.:

Periode:

For hvilken periode søges der om:	
Fra dato:	Til dato:

Sted: _____ Dato: _____

Klientens underskrift: _____

Sagsbehandlerens underskrift: _____

Følgende dokumenteres:

- 3 sidste måneders udgifter

Om omfattelse - person sags gennemgang (PSG)

I henhold til § 23 stk.3 Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994 om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 54 stk.3 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Udfyldes så vidt muligt sammen med klienten og evt. familien.

Ansøgers navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Handicap:

Primære handicap:
Sekundære handicap
Er funktionsniveau varig nedsat?

Social situation:

Bolig:
Familie, venner:
Skole / uddannelse / arbejde:
Aktiviteter og fritidsbeskæftigelse:

Klientens færdigheder og funktionsniveau:

Selvhjulpen og dagligdags færdigheder – egen person og gøremål i hjemmet:
Helbred, brug af kroppen, færdigheder i bevægelse:
Syn, hørelse, evne til at opfatte og forstå sprog, evne til at tale og udtrykke sig:
Sociale færdigheder, væremåde sammen med familie og andre:
Psykisk styrke, humor, interesser, eventuelle misbrugsproblemer:

Modtager klienten / familien hjælp i henhold til andre socialregelsæt?

Af kommunen, sundhedsvæsenet, evt. andre (f.eks. skole, daginstitution m.v):

Af familie og andre:

Hvilke former for hjælpeforanstaltninger er der behov for:

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres:

- Samtykkeerklæring
- Lægeerklæring maksimalt 6 md.gammel
- Speciallægeudtalelse – ekspertudtalelse maksimalt 12 md. gammel
- Funktionskema / samtalskema
- Handleplan
- Andet der relaterer til ansøgning om omfattelse

Antal personer der er omfattet som vidtgående handicap der modtager ugentlig støttetimer hørende under koordinator/ -torer:

Sidste år:

Tilgang:

Støttetimer i alt om måned:

Antal ansatte støttepersoner eksklusiv boenheder:

Angiv antal:

Heraf faglærte:

Det der søges dækning om, samt beskrivelse hvordan beregning er udregnet?

Beskrivelse af beregningen:

Søges kr.: pr.md

Fra:

Til:

Sted: _____ Dato: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres

- Ansættelsesbrev fra kommunen
- Funktions & stillingsbeskrivelse
- Lønseddel(er)

Om takstbetaling for ophold på alderdomshjem, plejeafdeling, plejecenter, eller andet ophold.

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt 36 stk.2 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 64 af 29.december 1994, om døgninstitutioner m.v. for børn og unge samt for personer med vidtgående handicap og § 6 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.5 af 15. februar 2006 om ydelse og bruger betaling i sundhedsvæsnet.

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Opholdsstedets navn:	<input type="checkbox"/> Alderdomshjem <input type="checkbox"/> Sygehusets plejeafdeling <input type="checkbox"/> Plejecenter <input type="checkbox"/> Andet
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Årsag til ansøgningen:

Beskrivelse af, hvorfor klienten ønskes indlogeret på alderdomshjem/plejeafdeling/plejecenter:

Behov for støtteperson under opholdet:

Kort beskrivelse af behov for støtte og dennes funktion, udover normering på stedet.

Antal timer:

Periode:

Fra:

Til:

Opholdsomfanget:

I hvilken periode ønskes klienten indlogeret på alderdomshjem – plejeafdeling -plejecenter- andet:

Fra:

Til:

Ansøgte i alt pr dag, kr.:

Periode:

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

OBS.

Forefindes fastsættetakster i henhold til gældende lovgivning

Om vederlag for pasning af vidtgående handicap i eget hjem.

I henhold til § 9 i Landstingsforordning nr. 7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 40 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Plejerens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Plejerens relation til klienten:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Årsag til ansøgningen:

Beskrivelse af, hvorfor det er nødvendigt at klienten plejes i eget hjem:

Omfanget af plejen:

Beskrivelse af, hvori plejen består og det tidsmæssige omfang heraf om ugen:
--

Ansøgningsbeløb:

Det ugentlige eller månedlige beløb der søges om samt begrundelse for, hvorfor dette beløb søges:	
Kr.: pr uge:	Kr.: pr.md:
Periode:	Fra: Til:

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

OBS: Vederlag er skatteberettiget

Følgende dokumenteres.

- Plejerens årsopgørelse for sidst skattelignende år
- Kopi af lønsedler for de seneste 3 måneder
- Dokumentation at person der passer handicappede hel eller delvis opgiver arbejde (fx, dokumentation fra arbejdsgiver at personen har haft arbejde)
- På almindeligvis ikke kan søge arbejde via arbejdsmarkedskontor

Om flyttemeddelelse

I henhold til § 25 stk.2 i Landstingsforordning nr. 7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 15 i Landstingsforordning nr.2 af 12.juni 1995, om Kommunernes indbyrdes betalingsforpligtigelser

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Klienten flytter på eget initiativ:
Klienten flytter på en døgninstitution:

Kommune - by klienten flytter fra:
Flytter til kommune – by / opholdssted:

Ny adresse:
Dato:
Klientens underskrift:

Kopi af denne flyttemeddelelse sendes til:
--

Følgende dokumenteres:

- Oversigt over hvilken hjælp klienten har modtaget fra fraflytningskommunen

Om driftstilskud til handicapbus – anskaffelse af handicapbus

I henhold til § 8 stk.3 i Landstingsforordning nr. 7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt §§ 24 stk.3 og 39 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Kommunens navn:

By:

Har kommunen for nuværende en handicapbus?

Ja

Nej

Hvis Ja, angiv model og anskaffelses år:

Hvis nej, fortsæt i rubrik behovsvurdering til anskaffelse handicapbus

Hvad er omkostningen hertil kr.:

Årligt beløb til drift af handicapbus:

Kr.:

Er der udover de handicappede andre brugere af handicapbus

Angiv andre brugere:

Ansøgningsbeløb til drift af handicapbus:

Årligt beløb til drift af handicapbus (maksimalt kr. 30.000):

Hvor meget søges:

Kr.:

Behovsvurdering i tilfælde af anskaffelse af handicapbus til personer med vidtgående handicap

Hvorfor har kommunen behov for en handicapbus?

Hvorledes løser kommunen klienternes kørselsbehov for nuværende?

Hvilken handicapbus ønskes anskaffet:

Hvad er omkostningen hertil kr.:

Forventede drifts beløb:

Kr.:

Sammenlignende vurdering, at andre kørselsordninger ikke kan benyttes:

Følgende dokumenteres:

- Skema og skitse over ugentlig kørselsordning af handicapbus
- Budget - drift
- Balance
- Oversigt over brugere

I tilfælde af ny anskaffelse:

- Tilbud fra leverandør
- Pris overslag inkl. Fragt – afgift mv.
- Antal brugere
- Skema og skitse over ugentlig kørselsordning af handicapbus

Om midlertidig ophold udenfor Grønland, for person som er omfattet vidtgående handicap i forbindelse med efterskole ophold

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 41 Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Klientens navn:	Cpr-nr.:
Adresse:	
Primære handicap:	Omfattelsesdato:
Sekundære handicap:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Sociale forhold:

--

Tidligere hjælpeforanstaltninger

Beskrivelse af hvilke hjælpeforanstaltninger der tidligere er iværksat.

--

Beskrivelse af skoleudtalelser

Kort beskrivelse af klientens skolegang:

Beskrivelse af hvad der er afprøvet inden optagelse på en efterskole:

--

Lægeligudtalelser eller andre sagkyndige udtalelse i forbindelse med optagelse på en efterskole:

Kort beskrivelse i tilfælde lægelige anbefalinger under opholdet:

--

Pårørende – kontakt familie under opholdsstedet:

Navn: Cpr-nr.:

--	--

Adresse:

DK – kommune:

Er kontaktfamilie godkendt af en DK-kommune?

Begrundelse for at der ikke er et egnet efterskole - bomæssigt i Grønland

Kommunens vurdering og indstilling:

Om efterskolen

Kort beskrivelse af efterskolen

Hvilke planer er der efter opholdet:

Hvilke økonomiske midler søges der om:

Angivelse hvornår er ansøgning om midlertidig anbringelse uden for Grønland fremsendt
Departementet for sociale anliggender:

Ansøgning fremsendt dato:

Afgørelse modtaget dato:

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres:

- Skoleudtalelse i forbindelse med ansøgning om midlertidig ophold
- Lægeligudtalelser eller andre sagkyndiges udtalelser
- Ansøgning til sprogskolen om tilskud
- Godkendelse om tilskud fra sprogskole
- Dokumentation optagelse på en efterskole og pjeice om efterskolens målsætninger
- Dokumentation fra Departementet for sociale anliggender

Om besøgsrejse med ledsagelse for personer med vidtgående handicap

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt §§ 42- 43 og §§ 47-49-51-52 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Opholdstedets adresse:	
Anbringelsesdato:	
Hjemsted:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

OBS I tilfælde af klienten ikke kan rejse til hjemstedet (se i øvrigt bekendtgørelsen § 49 – om særskilt skema herom)

Ledsager(e):

Ledsager 1's navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Ledsager 1's relation til den handicappede:	
Ledsager 2's navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Ledsager 2's relation til den handicappede:	

Begrundelse for ledsagelse:

Hvorfor der er behov for ledsagelse eller 2 ledsagere:
--

Feriested:

Hvad er klientens relation til ferie stedet:
Hvor og hvornår er der sidst afholdt besøgsrejse?
Hvornår hjemkommunen sidst revurderet anbringelse udenfor hjemstedet?
Vurdering – Indstilling:

Udgifter der søges om:

Rejseudgifter for klienten:	Billet kr.:
Afrejse fra:	Retur til:
Opholdsudgifter kr.:	Hvor:
	kr.:
Små fornødenheder:	kr.:
Andet transportudgift:	kr.:
Angiv hvilke:	
Rejseudgifter for <u> ledsager 1 </u>	Billet kr.:
Afrejse fra:	Retur til:
Opholdsudgifter kr.:	Hvor:
Dagpenge:	kr.:
Ledsager honorar:	kr.:
Rejseudgifter for <u> ledsager 2 </u>	Billet kr.:
Afrejse fra:	Retur til:
Opholdsudgifter kr.:	Hvor:
Dagpenge:	kr.:
Ledsager honorar:	kr.:
Periode:	Fra: Til
Ansøgte beløb kr. i alt:	

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger/ Institution: _____

Følgende skal dokumenter

- Rejseplaner for klienten
- Rejseplan for ledsager/-e
- Billet pris for klienten
- Billet pris for ledsager/-e
- Tilbud fra opholdssteds opholdsudgifter
- Dokumentation, at klienten opholder sig udenfor sit hjemsted, fordi der ikke er et egnet Bomæssigt tilbud

Om særlige foranstaltninger i forbindelse med besøgsrejse.

I henhold til § 7 stk.2 i landstingsforordning nr. 7 af 3. november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 45 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4. april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Feriested:

Hos hvem (forældre, søskende o.l.)	
Starter dato:	Afslutter dato:
Hvornår klienten sidst holdt besøg:	

Udgifter der søges om:

Beskrivelse af de særlige støtteforanstaltninger der søges om:
Pris:
Begrundelse for behovet for her støtteforanstaltning der søges om:

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres

- Dokumentation at klienten opholder sig udenfor hjemstedet, fordi der ikke er egnet bomæssigt tilbud
- Evt. udtalelse fra institutionen
- Evt. udtalelse fra sagkyndig

Om rejse i særlige tilfælde for personer med vidtgående handicap.

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 50 eller stk.2 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap for personer der er omfattet af bekendtgørelsen § 42 eller for nærpårørende

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Beskrivelse af den særlige begivenhed:

Kort beskrivelse hvorfor der søges rejse for klienten, samt beskrivelse af den særlige begivenhed.

Såfremt det er en ansøgningsrejse for en nær pårørende beskrives begivenheden kort, samt hvilken pårørende har relation til klienten.

Rejseudgifter der søges om:

Navn:	Cpr-Nr.:	
Adresse:		
Billet kr.:		
Fra:	Til:	Retur:
Opholdsudgifter:	kr.:	Hvor?
Periode:	Fra:	Til
Tolkebistand:	Ja:	Nej:
Hvor mange timer om dagen?		
Andet:		

Udfyldes ved behov for ledsagelse af klienten fra opholdsstedet:

Periode:	Fra:	Til
Rejseudgifter for <u>ledsager 1</u> :		Billet kr.:
Fra:	Til:	Retur:
Opholdsudgifter:	kr.:	Hvor?
Dagpenge/ tabt arbejdsfortjeneste	kr.:	
Periode:	Fra:	Til
Rejseudgifter for <u>ledsager 2</u> :		Billet kr.:
Fra:	Til:	Retur:
Opholdsudgifter:	kr.:	Hvor?
Dagpenge / tabt arbejdsfortjeneste	kr.:	
Periode:	Fra:	Til

Det ansøgte i alt:

kr.:

Følgende dokumenteres:

- Rejseplan for klienten eller nærtstående person for klienten
- Rejseplan for ledsager / -erne
- Dokumentation at klienten opholder sig udenfor sit hjemsted, fordi der ikke er et egnet bomæssigt tilbud

Ved ansøgning af tabt indkomst 3 sidste måneders lønsedler, hvis nærpårørende foretager rejse og søger dækning

OBS, Ved ydelse af tabt arbejdsfortjeneste er skattepligtig

Om ledsagelse i forbindelse med egen betalt rejse

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 51 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	

Feriested:

Hos hvem (forældre, søskende o.l.) :	Slutter dato:
Starter dato:	
Skriv hvornår klienten sidst holdt ferie:	

Begrundelse for ledsagelse:

Hvorfor der er behov for ledsagelse? Søges der om 2 ledsagere begrundes dette særskilt.

Ledsager(e):

Ledsager 1's navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Ledsager 1's relation til klienten:	
Ledsager 2's navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Ledsager 2's relation til klienten:	

Udgifter der søges om:

Rejseudgifter for <u>ledsager 1</u>	Billet kr.:
Afrejse fra:	Retur til:
Opholdsudgifter kr.:	Hvor:
Tabt arbejdsfortjenste / Dagpenge:	kr.:
Ledsager honorar:	kr.:
Periode: Fra:	Til
Rejseudgifter for <u>ledsager 2</u>	Billet kr.:

Afrejse fra:		Retur til:	
Opholdsudgifter kr.:		Hvor:	
Tabt arbejdsfortjeneste /Dagpenge:		kr.:	
Ledsager honorar:		kr.:	
Periode:	Fra:	Til	
Det ansøgte beløb i alt kr.:			

Følgende dokumentere

- Rejseplan
- Særskilt beskrivelse ved behov af 2 ledsagere
- Pris for ledsager/-e
- Kopi af ledsagerens lønsedler for sidste 3 md, når tabt arbejdsfortjeneste søges.

Obs, Ved ydelse af tabt arbejdsfortjeneste er skattepligtig

Ydelse for ledsagelse ifb, egen betalt ferie kun kan ydes hvert tredje år for personer over 18 år, og at personer under 18 år efter bestemmelserne kan ydes hvert år.

Om pårørendes besøgsrejse

I henhold til § 7 stk.2 i landstingsforordning nr. 7 af 3. november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt §§ 46 og 47 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4. april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap, hvor person er omfattet af § 42

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	
Hvis det er en § 47 ansøgning angiv da, hvornår sidste § 42 rejse fandt sted:	

Besøgsrejse:

Hvem (forældre, søskende o.l.):

Udgifter der søges om:

Rejseudgifter for pårørende:	Billet kr.:	
Afrejse fra:	Retur til:	
Opholdsudgifter kr.:	Hvor:	
Tabt arbejdsfortjeneste:	kr.:	
Periode:	Fra:	Til:
Det ansøgte i alt kr.:		

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres

- Rejseplan for pårørende
- Pris for rejsen
- Tilbud fra opholdsstedets opholdsudgifter
- Kopi af lønsedler for sidste 3 md, når tabt arbejdsfortjeneste søges.

Obs, Ved ydelse af tabt arbejdsfortjeneste er skattepligtig

Om ferierejse, uden ledsagelse

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt §§ 42 eller 47 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	
Hvis det er en § 47 ansøgning angiv da, hvornår sidste § 42 rejse fandt sted:	

Feriested:

Hos hvem (forældre, søskende o.l.) :	
Starter dato:	Slutter dato:

Udgifter der søges om:

Rejseudgifter for klient:	Billet kr.:
Afrejse fra:	Retur til:
Opholdsudgifter kr.:	Hvor:
Transport af hjælpe middel:	kr.:
Ansøgte i alt kr.:	

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres

- Rejseplan
- Pris
- Dokumentation, at klienten opholder sig udenfor sit hjemsted, fordi der ikke er et egnet Bomæssigt tilbud

Rejseudgifter for <u>deltager 1</u>	Billet kr.:
Kursus udgift:	kr.:
Opholdsudgifter kr.:	Hvor:
Dagpenge/ tabt arbejdsfortjeneste	kr.:
Afrejse fra:	Retur til:
Rejseudgifter for <u>deltager 2</u>	Billet kr.:
Kursus udgift:	kr.:
Opholdsudgifter kr.:	Hvor:
Dagpenge/ tabt arbejdsfortjeneste	kr.:
Afrejse fra:	Retur til:
Rejseudgifter for <u>deltager 3</u>	Billet kr.:
Kursus udgift:	kr.:
Opholdsudgifter kr.:	Hvor:
Dagpenge/ tabt arbejdsfortjeneste	kr.:
Afrejse fra:	Retur til:
Periode:	Fra: Til
Ansøgte beløb kr. i alt:	

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger(re): _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres

- Kursus materiale
- Kursus udgift
- Rejseplaner for hver deltager, hvor kurset foregår udenfor hjemsted
- Pris for rejsen
- Tilbud fra opholdsstedets opholdsudgifter, hvor kurset foregår udenfor hjemsted
- Kopi af lønsedler for sidste 3 md, når tabt arbejdsfortjeneste søges (hel eller delvis er afhængig af, om der ydes kost under kurset)
- Særskilte beskrivelser behov for kursus – oplæring, deltagelse,
- Hvor arbejdsgiver ikke kan dække udgifter (vedlægt fx, ansættelseskontrakt – stillingsfunktionsbeskrivelse)

OBS.

Der ydes ikke efter bestemmelserne at deltagelse udenfor Grønland i temadage

Om hjælpemidler

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt §§ 5-6-8 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Klientens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Årsag til ansøgningen:

Kort beskrivelse af, hvorfor denne hjælpemiddel findes nødvendig:
(særsomt beskrivelse fra sagkyndig vedlægges)

Pris for hjælpemidlet – fragt:

Hjælpemidlets navn:
Kr.:
Fragtomkostninger:
Leverandør:

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres

- Udtalelse fra ergoterapeut – fysioterapeut eller anden sagkyndig
- Prisoverslag fra leverandør incl. fragt

OBS.

Der kan ikke efter bestemmelser bevilges almindelig hjælpemidler, og til personer der er omfattet som vidtgående handicap, i deres deltagelse i det offentlige uddannelsessystem.

Om støttetimer

I henhold til § 7 stk.2 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 9 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Klientens navn:	CPR-nr:
Primære handicap:	Sekundære handicap:
Adresse:	Beskæftigelse: Tidsrummet om ugen:
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Om støttetimer:

Senest bevilgede støttetimer:	Senest periode:
Antal timer:	
Seneste handleplan udarbejdet den (angiv dato):	Seneste funktionskema udarbejdet den (angiv dato):
Behovet for støttetimer:	Periode:
Antal timer om ugen:	

Kort beskrivelse for behov af de angivne støttetimer:

Sted: _____ Dato: _____

Ansøger: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende dokumenteres

- Støttepersonsrapport
- Forslag til handleplan fra støtteperson
- Forslag til handleplan udarbejdet sammen med klient – forældre/ værge
- Funktionskema

Om etableringstilskud

I henhold til § 7 stk.2 og §§ 11-12 i Landstingsforordning nr.7 af 3.november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt §§ 30 og 34 og § 38, i Hjemmestyrebekendtgørelse nr.9 af 4.april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap, ansøgning om etableringstilskud til:

Sæt X udfor ansøgningsstedet kun 1 formular for hvert ansøgningssted

- Indretning og møblering af fællesrum i bokollektiv
- Indretning og møblering af fællesrum i kommunale beskyttede boenhed
- Oprettelse, indretning og møblering af egnede og istandsatte lokaler i kommunale dagcenter
- Oprettelse, indretning og møblering af egnede og istandsatte lokaler på værested
- Oprettelse, indretning og møblering af egnede og istandsatte lokaler beskyttede værksted

Stedets navn:	Antal beboere/daglige brugere
Adresse:	Oprettelsesdato:

Beskrivelse af ansøgningsstedet herunder formål:

Ansøgningsbeløb:

Ansøgningsbeløbet og begrundelse herfor dokumenteret ved tilbud fra leverandør/håndværker:

Sted: _____ Dato: _____

Sagsbehandler: _____

Følgende skal dokumenteres

- Liste over inventar
- Liste af inventar
- Kommende beboere og nærmere beskrivelse for deres behov, for støtte

Om samtykkeerklæring i forbindelse med ansøgning om omfattelse som vidtgående handicap

I henhold til § 23 i Landstingforordning nr. 7 af 3. november 1994, om hjælp til personer med vidtgående handicap, samt § 54 stk. 3 i Hjemmestyrebekendtgørelse nr. 9 af 4. april 2008, om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Ansøgerens navn:	Cpr.nr.:
Adresse:	
Såfremt klienten er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse:	

Begrundelse for ansøgning:

Kort beskrivelse for baggrund for ansøgning:

At have modtaget råd - vejledning om muligheder for hjælp i henhold til forordning om hjælp til personer med handicap

Sted: _____ Dato: _____
Af: _____

Samtykke til at indhente oplysninger til brug for vurdering hvorvidt der er indikationer for omfattelse::

Ansøger: _____
Forældremyndighed: _____
Kommune: _____

Sted: _____ Dato: _____

Til vitterlighed : _____