



Närmare information på www.fpa.fi/funktionshindrad



Om du har frågor kan du ringa vår telefonservice
(www.fpa.fi/ring-fpa).



Fyll i blanketten noggrant och kontrollera att alla
nödvändiga bilagor finns med.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontakter vi dig.

Skicka ansökan och bilagorna till adressen
Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

 Som bilaga till ansökan behöver vi ett läkarutlåtande om barnets hälsotillstånd. Utlåtandet får inte vara äldre än 6 månader.

Ansökningstid: Förmånen kan beviljas retroaktivt för högst 6 månader.

1. Uppgifter om barnet

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Bor barnet i Finland?

Ja

Nej. I vilket land bor barnet? _____

2. Barnets sjukdomar och skador och hur de behandlas

Utifrån vilken sjukdom eller skada söker du handikappbidrag för barnet?

När uppkom eller ökade barnets behov av vård?

Besöker barnet läkare regelbundet?

Nej

Ja. Hur ofta och var?

När och var ska barnet besöka läkare nästa gång?

Plats _____

Tidpunkt ____ / ____

Har någon av föräldrarna varit tvungen att ordna sin arbetstid på något särskilt sätt p.g.a. barnets sjukdom?

Nej

Ja. På vilket sätt?

3. Barnets behov av hjälp och omvårdnad

Beskriv med egna ord vilken typ av hjälp och omvårdnad barnet behöver i högre grad än ett friskt barn i samma ålder.

Fortsätt vid behov i punkt 12 eller på ett separat papper. Skriv barnets namn och personbeteckning på pappret.

a. Behöver barnet hjälp eller tillsyn vid förflyttning?

i Ange också om barnet använder något rörelsehjälpmedel.

Nej Ja. Beskriv vilken typ av hjälp eller tillsyn barnet behöver.

b. Behöver barnet hjälp eller handledning i sitt dagliga liv, t.ex. hjälp med att äta, klä av och på sig och tvätta sig eller vid toalettbesök?

Nej Ja. Beskriv vad barnet behöver hjälp med.

c. Behöver barnet hjälp för att kunna se, höra eller tala?

i Ange också om barnet använder ersättande kommunikationsmetoder eller hjälpmedel, t.ex. hörapparat, tecken eller bilder.

Nej Ja. Beskriv vad barnet behöver hjälp med och i vilka situationer.

d. Behöver barnet hjälp med social interaktion, t.ex. med att uttrycka sig, i lekar, i relationer till andra barn eller vuxna?

Nej Ja. Beskriv vad barnet behöver hjälp med.

e. Behöver barnet hjälp med behandlingen av sin sjukdom, t.ex. med att ta mediciner eller mäta blodsockret?

Nej Ja. Beskriv vad barnet behöver hjälp med.

f. Behöver barnet hjälp, handledning eller tillsyn i andra situationer?

Nej Ja. Beskriv vilken typ av hjälp, handledning eller tillsyn barnet behöver.

4. Dagvård – Fyll i den här punkten bara om du ansöker om bidrag för ett barn i daghemsåldern.

Var får barnet dagvård?

Hemma. Vem sköter barnet? _____

På daghem

Någon annanstans. Var? _____

Behöver barnet speciella arrangemang eller stödåtgärder i dagvården, t.ex. personlig assistent?

Nej Ja. Beskriv vilken typ av arrangemang eller stödåtgärder barnet behöver och hur ofta.

Baserar sig dagvården på ett läkarutlåtande?

Nej

Ja



5. Skolgång – Fyll i den här punkten bara om du ansöker om bidrag för ett barn i skolåldern.

Behöver barnet speciella arrangemang eller stödåtgärder i skolan, t.ex. personlig assistent eller stöd- eller specialundervisning?

Nej Ja. Beskriv vilken typ av arrangemang eller stödåtgärder barnet behöver.

Behöver barnet speciella arrangemang för skolresan?

Nej Ja. Beskriv vilken typ av arrangemang barnet behöver.

6. Rehabilitering – Fyll i den här punkten bara om barnet deltar i rehabilitering eller kommer att delta i rehabilitering.

Barnet får följande rehabilitering:

Ange när rehabiliteringen börjar och slutar om du känner till dessa uppgifter.

fysioterapi _____ gång(er) i veckan / _____ gång(er) i månaden

Rehabiliteringen ges av _____

psykoterapi _____ gång(er) i veckan / _____ gång(er) i månaden

Rehabiliteringen ges av _____

talterapi _____ gång(er) i veckan / _____ gång(er) i månaden

Rehabiliteringen ges av _____

ergoterapi _____ gång(er) i veckan / _____ gång(er) i månaden

Rehabiliteringen ges av _____

Annan rehabilitering. Beskriv rehabiliteringen och hur ofta och var den ges.

Gör du övningar hemma tillsammans med barnet för att stödja barnets rörelseförmåga, tal, interaktionsförmåga eller andra funktioner?

Nej Ja. Vilken typ av övningar gör ni och hur ofta?

Förs barnet till rehabiliteringen av den som har hand om vården av barnet?

Nej Ja. Hur många gånger i veckan? _____ gång(er)

Hur lång tid tar resan i en riktning? _____ minuter/timmar

7. Kostnader

i Barn som har rätt till handikappbidrag med grundbelopp kan beviljas bidraget med förhöjt belopp, om barnets sjukdom eller funktionsnedsättning månatligen orsakar sådana kostnader som ska beaktas och som uppgår till minst beloppet av handikappbidrag med förhöjt belopp. Du kan läsa mer om kostnaderna och om bidragsbeloppen på www.fpa.fi/handikappbidrag-for-barn-belopp-och-utbetalning1.

Om barnets sjukdom eller funktionsnedsättning orsakar kostnader ska du ange dem nedan. Ange endast de kostnader som barnet **inte fått** ersättning för från FPA eller från något annat håll, t.ex. ett försäkringsbolag. FPA har redan uppgifter om sådana kostnader som barnet fått FPA-ersättning för, t.ex. kostnader för läkemedel, resekostnader och kostnader för privata hälso- och sjukvårdstjänster. Kostnader för fritidsaktiviteter, avgifter för rehabiliterande dagvård samt inkomstbortfall beaktas inte som kostnader i samband med handikappbidraget.

_____, _____ euro per år

_____, _____ euro per år

8. Ersättningar från annat håll

Får barnet eller ansöker du för barnet om en förmån från utlandet som motsvarar handikappbidraget?

Nej Ja. Vilken förmån och varifrån?

Får barnet eller ansöker du för barnet på grund av sjukdomen eller skadan om fortlöpande månatlig ersättning från ett försäkringsbolag i Finland eller utomlands?

Nej Ja. Vilken ersättning och varifrån?

9. Uppgifter om den sökande

- i** Om du inte tidigare har ansökt om förmåner hos FPA och har flyttat till Finland, ska du dessutom fylla i blankett Y 77r.
Om du är på väg utomlands, ska du också fylla i blankett Y 38r.

Är du barnets vårdnadshavare
 någon annan person. Vilken är din relation till barnet? _____

Personbeteckning _____ Efternamn och förnamn _____

Näradress _____

Postnummer _____ Postanstalt _____

Telefonnummer _____ E-postadress _____

Bor barnet hos dig?

Ja Nej. Hos vem bor barnet och på vilken adress? _____

Arbetar du eller din make, maka, sambo eller registrerade partner utomlands?

Nej Ja. I vilket land? _____

10. Kontonummer för utbetalning av handikappbidraget

11. Bilagor

Läkarutlåtande C eller ett motsvarande läkarutlåtande.

Har redan lämnats in till FPA. Jag lämnar in ett läkarutlåtande senast _____.

Annan bilaga. Vilken? _____

Jag har redan tidigare lämnat in en bilaga som gäller den här ansökan till FPA (bilagans namn och inlämningsdatum): _____

Jag lämnar senare in följande bilaga till FPA (bilagans namn och inlämningsdatum): _____

senast _____.

12. Övriga upplysningar – Ange med en siffra vilken punkt i ansökan du hänvisar till.

Övriga upplysningar på ett separat papper. Skriv barnets namn och personbeteckning på pappret.

13. Underskrift

- i** Beslutet skickas till vårdnadshavaren. Vårdnadshavare som bor på olika adresser får var sitt beslut (5 § i lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt).

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och kommer att meddela om de ändras.

Ort och datum _____

Underskrift _____

De uppgifter som vi har fått för att kunna avgöra detta förmånsärende kan också användas för ett annat förmånsärende om uppgifterna enligt lag ska beaktas i samband med ärendet. Likaså kan uppgifter som vi har fått i samband med en annan förmån användas vid avgörandet av detta förmånsärende.

Kontakta oss om du vill veta var vi kan hämta uppgifter om dig och till vem vi kan lämna ut dem.

