

Valet av klienter baserar sig på SHM:s årliga beslut om statsbidrag och villkoren som ställs i beslutet. **Fyll i ansökan omsorgsfullt och tydligt.** Personbeteckningen uppges i fullständigt format för alla sökandes del och sökande försäkras med sin underskrift att uppgifterna är riktiga. Ansökan behandlas konfidentiellt. Sökande kan om han eller hon önskar ta del av registeruppgifterna som berör honom eller henne och som har lagrats i semesterprogrammet. Den huvudsakliga sökande i ansökan är alltid familjens vuxna medlem. **Bristfälligt ifyllda ansökningar kan inte behandlas.**

1. SÖKADES PERSONUPPGIFTER

Efternamn	Förnamn	Personbeteckning (fullständigt)	Telefonnummer under dagen:
Gatuadress	Postnummer	Postanstalt	
E-postadress	Inbjudan och faktura över beviljad semester FÅR INTE skickas till e-postadress <input type="checkbox"/>		Antal minderåriga barn

Familjeförhållanden

Äktenskap/sambo
 Änka/änkling
 Fränskild
 Ogift
 Ensam vårdnad/gemensam vårdnad

Yrkesställning

Löntagare
 Lantbruksföretagare
 Företagare
 Ålderspensionär
 Invalidpensionär
 Arbetslös
 Annat, vad _____

Tillgängliga hjälpmedel:

Specialdieter:

Diabetes: Ja Nej

2. UPPGIFTER OM MAKA/MAKE/SAMBO (fyll i uppgifterna om maka/maken/sambo ansöker om semesterstöd)

Efternamn	Förnamn	Personbeteckning (fullständigt)
<input type="checkbox"/> Löntagare	<input type="checkbox"/> Lantbruksföretagare	<input type="checkbox"/> Företagare
<input type="checkbox"/> Ålderspensionär	<input type="checkbox"/> Invalidpensionär	<input type="checkbox"/> Arbetslös
<input type="checkbox"/> Annat, vad _____		
Tillgängliga hjälpmedel:	Specialdieter:	
	Diabetes: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

De barns namn och personbeteckningar som följer med på semestern (även efternamn om de skiljer sig från sökandes)

Namn:	Personbeteckning (fullständigt)	Namn:	Personbeteckning (fullständigt)
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

3. JAG ANSÖKER OM SEMESTER

Ensam
 Med min maka/ make/sambo
 Med barnen
 Med en vän/vänfamilj. Ansökan enligt namn: _____

En personlig assistent följer med på semestern (avlönad med kommunens beslut). Assistentens kontaktuppgifter:

Namn _____ Adress _____
 Telefon _____ E-postadress _____

Semestermål:	Semestertidpunkt:	Semestertema:	Samarbetsorganisation/-förening:
1.			
2.			
3.			

4. INKOMSTER OCH SKULDER

Fyll **alltid** i inkomsterna. Fyll i uppgifterna även för **maka/makens/samboans del** också då ansökan om semesterstöd enbart gäller den ena maken/maken/sambon. Lön, pension, arbetslöshetsdagpenning osv. anges i euro som månadens **nettoinkomst**. Lantbruks- och andra **företagare** uppger **månadsinkomsten som det privata hushållet har tillgång till** eller årsinkomsterna i den senast fastställda beskattningen. **Semesterorganisaationen har rätt att kontrollera inkomstuppgifterna hos skattemyndigheterna.**

Sökandes nettoinkomster/månad _____ euro

Makans/makens/sambons nettoinkomster/månad _____ euro

Sökandes (företagares) årsinkomster _____ euro

Makans/makens/sambons (företagares) årsinkomster _____ euro

Sökandes inkomster utgörs av (anges alla inkomstkällor)

- Förvärvsinkomst
 Kapitalinkomst
 Pensionsinkomst
 Arbetslöshetsdagpenning
 Sjuk-, moderskaps- eller motsv. dagpenning
 Annan, vad _____

Makans/makens/sambons inkomster utgörs av (anges alla inkomstkällor)

- Förvärvsinkomst
 Kapitalinkomst
 Pensionsinkomst
 Arbetslöshetsdagpenning
 Sjuk-, moderskaps- eller motsv. dagpenning
 Annan, vad _____

Sökandes skulder

Lån sammanlagt _____ euro

Kostnader för låneskötdel/månad _____ euro

Makans/makens/sambons skulder

Lån sammanlagt _____ euro

Kostnader för låneskötdel/månad _____ euro

5. MOTIVERINGAR FÖR BEHOVET AV SEMESTERSTÖD (oundvikliga med tanke på beviljande av semesterstöd).

Beskriv med egna ord motiveringarna till behovet av semesterstöd, **det räcker med att enbart strecka under!**

- 1. Ekonomiska orsaker:** (t.ex. bostads-, studie-, konsumtions- och företagsskulder, läkemedels- och/eller sjukkostnader osv.)
- 2. Hälsorelaterade orsaker:** (hälsorisker, sjukdomar, handikapp, nedsatt funktionsförmåga och behov av hjälp osv.)
- 3. Sociala orsaker:** (arbetslöshet, permittering, ensamhet, familjeproblem, ensamvårdnad, närståendevårdnad osv.)

BETALNING AV SEMESTERN SJÄLVRISANDEL

- Sökande betalar självrisandelen själv
- Betalningsförbindelse av kommunens, församlingen eller motsvarande bifogas
- Faktureringsadress om annan än sökande själv: _____

SÖKANDES UNDERSKRIFT

Med min underskrift samtycker jag till att uppgifter i ansökan som är nödvändiga med tanke på praktiska arrangemang i anslutning till semestern (behov av assistens, rörelse osv.) får lämnas till semesterrådet och samarbetsorganisationen.

Jag försäkrar att uppgifterna som jag har lämnat är riktiga.

Ort och datum _____ / _____

Underskrift _____

- Jag försäkrar att alla personer som anges i ansökan har godkänt att jag behandlar känsliga uppgifter när det gäller beviljande av semesterbidrag och med iakttagande av dataskyddslagstiftningen. I ansökan omfattar den känsliga informationen särskilt uppgifter om de barns hälsa och behov av hjälp som ingår i ansökan och som deltar i semestern.

- Uppgifter i anslutning till min ansökan får användas anonyma för forskningsändamål.

TILLÄGGSINFORMATION FÖR SÖKANDE

Ansökningsstiden för semestrar upphör 3 månader innan semestrarna inleds.

Fyll i ansökan omsorgsfullt, bristfälligt ifyllda ansökningar kan inte behandlas. När vi beviljar semestrar beaktar vi i mån av möjlighet de önskemål om tidpunkter och platser som uppges i ansökan. Sökande får information om beviljad semester cirka 2 månader innan semestern inleds. Vi meddelar inte om nekande beslut. Förfrågningar vardagar kl. 9-13 på numret 010 2193 460.

Returadress:

Maaseudun Terveys- ja Lomahuolto ry.
Gräsviksgatan 8, 4. vån., 00180 HELSINGFORS

Tilläggsinformation under tiden för telefonservice vardagar kl

9-13: Tfn. 010 2193 460 Fax (09) 2418 795,
e-post: lomat@mtlh.fi, webbplats: www.mtlh.fi