



Datum:

Sökande

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon	

God man/Förvaltare/Person med fullmakt

Namn	Telefon
Adress	Postnummer och ort

Ansökan gällande

- Hemtjänst Plats i särskilt boende Korttidsboende/avlastning
 Dagverksamhet Särskilt boende i annan kommun Kontaktperson
 Medboende i särskilt boende Trygghetslarm
 Egenvård (bifoga egenvårdsbedömning utfärdad av legitimerad hälso- och sjukvårdsutövare)

Samtycke

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för utredning får inhämtas från

Landstinget <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Socialtjänsten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Annan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	---	--

Om JA vem/vilka har du varit i kontakt med där aktuell information kan finnas

Behjälplig vid ansökan

Namn	Telefon
Adress	Postnummer och ort

Underskrift

	<input type="checkbox"/> Den sökande	
	<input type="checkbox"/> God man/förvaltare (Registerutdrag bifogas)	
Ort/datum	Sökandes underskrift	<input type="checkbox"/> Person med fullmakt (Fullmakt bifogas)