Datum: ..........

**Sökande**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
| Adress | Postnummer och postort |
| Telefon |  |
| Eventuell god man/förvaltare\*, ombud\* | Telefonnummer |
| Adress | Postnummer och postort |

\* Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas till ansökan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Samtycke lämnas till att uppgifter får inhämtas från vårdgivare, anhörig eller annan person/myndighet | | |
| **Region** | **Anhörig** | **Annan** |
| Ja Nej | Ja Nej | Ja Nej |
| Om JA, ange namn och kontaktuppgifter till vårdenhet, person eller myndighet där uppgifter kan finnas | | |

**Samtycke**

**Ansökan gällande**

|  |  |
| --- | --- |
| * Hemtjänst * Nattillsyn * Trygghetslarm * Matdistribution * Annat: | * Dagverksamhet * Korttidsplats för att avlasta anhörig * Korttidsplats för tillfälliga behov * Särskilt boende |

**Beskriv vad du behöver hjälp med**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Beskriv orsaken till att du behöver hjälp**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Underskrift**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Den sökande |
|  | God man/förvaltare |
|  | (Bifoga registerutdrag) |
| Ort/datum | Sökandes underskrift | Person med fullmakt |
|  | (Bifoga fullmakt) |