



Skickas till:
Äldre och funktionsstöd
Socialkontoret
Box 206, 597 25 Åtvidaberg

Sökandes namn	Personnummer		
Make/Maka/Sambo	Personnummer		
Adress:	Tel nr	Epost	
Närstående	Relation	Tel nr	Epost
God man/förvaltare/ombud med skriftlig fullmakt (kopia på förordnande/fullmakt ska bifogas)			
Namn	Adress/E-post	Tel nr	

Om annan än den enskilde själv ansöker sätt kryss i lämplig ruta

God man Förvaltare Ombud med skriftlig fullmakt

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen (SOL)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemtjänst/omvårdnad | <input type="checkbox"/> Korttidsplats |
| <input type="checkbox"/> Hemtjänst/ serviceinsatser(städ, tvätt, inköp) | <input type="checkbox"/> Växelvård |
| <input type="checkbox"/> Trygghetslarm | <input type="checkbox"/> Vård och omsorgsboende/särskilt boende |
| <input type="checkbox"/> Avlösarservice | <input type="checkbox"/> Dagverksamhet |

Inom Socialpsykiatri

- Boendestöd
 Kontaktperson
 Daglig sysselsättning

Ange skäl till att du söker hjälp

Egna resurser

Funktioner

Förflyttning	<input type="checkbox"/>	klarar själv	<input type="checkbox"/>	klarar delvis	<input type="checkbox"/>	behöver hjälp
Personlig hygien	<input type="checkbox"/>	klarar själv	<input type="checkbox"/>	klarar delvis	<input type="checkbox"/>	behöver hjälp
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	klarar själv	<input type="checkbox"/>	klarar delvis	<input type="checkbox"/>	behöver hjälp
På /avklädning	<input type="checkbox"/>	klarar själv	<input type="checkbox"/>	klarar delvis	<input type="checkbox"/>	behöver hjälp
Planera min dag	<input type="checkbox"/>	klarar själv	<input type="checkbox"/>	klarar delvis	<input type="checkbox"/>	behöver hjälp
Oro	<input type="checkbox"/>	aldrig	<input type="checkbox"/>	tidvis	<input type="checkbox"/>	ofta
Nedsatt minne	<input type="checkbox"/>	aldrig	<input type="checkbox"/>	tidvis	<input type="checkbox"/>	ofta
Desorientering	<input type="checkbox"/>	aldrig	<input type="checkbox"/>	tidvis	<input type="checkbox"/>	ofta

Hjälpmedel (ange vilka) _____

Övriga upplysningar tex hälsotillstånd

Samtycke/medgivande

Härmed samtycker jag till:

- Att de uppgifter som är nödvändiga för handläggare inom Vård- och omsorgsförvaltningen ska kunna fatta beslut får inhämtas från försäkringskassa, hälso- och sjukvård, socialtjänst och annan myndighet.
- Att information får lämnas vidare till berörd personal och att samverkan får ske med omvårdnadspersonal, rehabiliteringspersonal och sjuksköterskor.
- Att samverkan får ske med närstående.

Obs! Ansökan måste vara underskriven av sökande för att vara giltig.

Underskrift sökande

Datum	Sökandes namnteckning
Behjälplig vid ansökan har varit	Telefon

Alla uppgifter är sekretesskyddade

Personuppgifter i ansökan behandlas enligt dataskyddsförordningen. Du medger att informationen Du lämnar får lagras och bearbetas i register av Socialförvaltningen. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.