



| | | | |
|---|---------------|--------|-------|
| 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"/> Matdistribution | <input type="checkbox"/> Dagverksamhet |
| <input type="checkbox"/> Avlösarservice | |

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.

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.