

Beskriv Din sociala situation (civilstånd, bostad, närstående, intresse etc.):

Beskriv din hälsosituation: (funktionshinder och ev. diagnos)

Beskriv aktuella insatser idag från hemtjänst/hemsjukvård:

Beskriv dina svårigheter i vardagen:

Beskriv hur Du/Ni löser situationen idag:

Samtycke

Jag godkänner att handläggaren under handläggningstiden får inhämta nödvändiga uppgifter om mig från andra myndigheter/sjukvård

Ja Nej

Underskrift

För att ansökan ska kunna behandlas måste den undertecknas av den sökande eller av en person som är behörig att företräda honom/henne.

Underskrift	Datum
-------------	-------

God man, förvaltare eller ombud som har fullmakt* att föra sökandes talan

Namn på företrädare	Ort och datum
Adress	Telefon
Postnummer och ort	Mobiltelefon
<input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> Förvaltare God man med följande uppdrag: <input type="checkbox"/> Bevaka rätt <input type="checkbox"/> Förvalta egendom <input type="checkbox"/> Sörja för person	

* Fullmakt ska kunna styrkas

Hantering av personuppgifter

När du fyller i denna blankett lagras inga personuppgifter hos kommunen. Kommunen blir personuppgiftsansvarig för dina personuppgifter när den ifyllda blanketten skickats och tagits emot av kommunen. För mer information om hur dina personuppgifter behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida: www.svalov.se/personuppgifter

Om du är sökande från annan kommun bifoga er senaste ansökan/utredning från din hemkommun!
(Hemtjänst eller boendeutredning)

Ansökan skickas till:

Svalövs kommun
Biståndshandläggare
Svalegatan 4G
268 80 Svalöv