



Myndighetsavdelningen

## ANSÖKAN

Sökandens namn		Personnummer
Make/Maka/Sambo		Personnummer
Adress		Tel nr
Närmast anhörig	Släktskap	Tel nr

### Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen (SOL)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Omvårdnad/hemtjänst                        | <input type="checkbox"/> Flexibel växelvård  |
| <input type="checkbox"/> Trygghetslarm                              | <input type="checkbox"/> Särskilt boende   |
| <input type="checkbox"/> Matdistribution                            | <input type="checkbox"/> Särskilt boende i form av service-<br>lägenhet, med önskan om att bo<br>tillsammans med make/maka/sambo |
| <input type="checkbox"/> Ledsagning                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Dagverksamhet för dig med<br>demenssjukdom |  |
| <input type="checkbox"/> Korttidsboende                             | <input type="checkbox"/> _____   |

**Ange skäl till att du söker hjälp**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Egna resurser

### Rörelseförmåga

- Går utan stöd     Går med hjälpmedel     Går i trappor  
 Går med stöd av annan person

### Hjälpmedel

\_\_\_\_\_ används:     alltid     endast för utomhusbruk  
(Ange vilket hjälpmedel)

- |                  |                                       |  |  |
|------------------|---------------------------------------|--|--|
| På/avklädning    | <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 |

- |                |                                 |                                      |                                 |
|----------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Oro            | <input type="checkbox"/> aldrig | <input type="checkbox"/> tidvis      | <input type="checkbox"/> alltid |
| Gott minne     | <input type="checkbox"/> alltid | <input type="checkbox"/> inte alltid | <input type="checkbox"/> aldrig |
| Desorientering | <input type="checkbox"/> aldrig | <input type="checkbox"/> tidvis      | <input type="checkbox"/> alltid |

### Övriga upplysningar

## Samtycke

Härmed samtycker jag till att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från

- försäkringskassan     sjukvården     socialtjänsten     närstående  
 annan \_\_\_\_\_

## Underskrift sökande

Datum	Sökandes namnteckning
_____	_____
Behjälplig vid ansökan har varit	Telefon
_____	_____

Alla uppgifter är sekretesskyddade

**Ansökan sänds till:**

**Alingsås kommun**  
**Vård- och äldreomsorgsförvaltningen**  
**Myndighetsavdelningen**    **Tel: 0322 – 61 60 00**  
**441 81 Alingsås**    **Fax: 0322 – 124 58**