

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-
lägenhet, med önskan om att bo
tillsammans med make/maka/sambo |
| <input type="checkbox"/> Ledsagning | |
| <input type="checkbox"/> Dagverksamhet för dig med
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

2015-03-05

Ansökan sänds till:

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