|  |  |
| --- | --- |
| Namn      | Personnummer      |
| Adress      | Telefonnummer bostad (även riktnummer)      |
| Postnummer      | Telefonnummer mobil      |
| E-postadress      |
| Behov av tolk [ ]  Ja [ ]  Nej Om Ja, vilket språk |

**Sökande**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn      | Personnummer      |

**Medsökande**

|  |
| --- |
| Kyssa i det/de alternativ du vill ansöka om[ ]  Hemtjänst [ ]  Särskilt boende – permanent |
| [ ]  Dagverksamhet för personer med demenssjukdom [ ]  Särskilt boende - korttidsboende  |
| [ ]  Trygghetslarm [ ]  Matdistribution |
| [ ]  Annat, ange vad |

**Ansökan om bistånd**

|  |
| --- |
| Beskriv ditt hjälpbehov      |

**Anledning till ansökan**

Vänd 🡪

|  |
| --- |
| **Beskriv ditt hjälpbehov, fortsättning**      |

|  |
| --- |
| Vem ska kontaktas[ ]  Sökande [ ]  Annan person, fyll i kontaktuppgifter nedan |
| [ ]  Närstående, relation: [ ]  God man [ ]  Förvaltare [ ]  Ombud |
| Namn      | Telefon bostad (även riktnummer)      |
| Adress      | Telefon arbete (även riktnummer)      |
| Postnummer      | Ort      | Telefon mobil      |

**Kontaktuppgifter**

###### De personuppgifter som lämnats samt är nödvändiga för utredningen kommer behandlas enligt 23-25§§ Personuppgiftslagen i personregistret inom omsorgsförvaltningen. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

|  |
| --- |
| [ ]  Jag godtar kontakt med och att uppgifter som har betydelse [ ]  Jag godtar inte för utredningen inhämtas från kommunen, landstinget eller andra myndigheter |

|  |
| --- |
| Namnteckning      |
| Namnförtydligande      | Ort och datum      |

**Uppgiftslämnarens namnteckning**

##### **Ansökan skickas till:**

Boxholms kommun

Box 79

590 03 BOXHOLM