|  |  |
| --- | --- |
| 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