



ANSÖKAN om bistånd (enligt kapitel 4 § 1 Socialtjänstlagen)

Person- och kontaktuppgifter sökande

Namn	Personnr
Adress	Telefon
E-post	Mobilnummer

Angivna telefonnummer ovan är hemliga

Person- och kontaktuppgifter närmast anhörig

Namn	Personnr
Adress	Telefon
E-post	Mobilnummer

Angivna telefonnummer ovan är hemliga

Ansökan gäller:

- hemtjänst i form av t ex städ, tvätt, inköp, personlig omvårdnad, matdistribution m.m.
- kontaktperson
- avlösning för närstående
- särskilt boende
- korttidsboende
- växelvård
- dagvård
- annat, ange vad

--

Samtycke ges till biståndshandläggare att hämta uppgifter från:

- Anhörig, ange vem
 Primärvårdspersonal
 Annan, ange vem

Samtycke ges till biståndshandläggare att lämna vidare hemligt telefon nummer till berörd vård- och omsorgspersonal inom omsorgsförvaltningen i Skara.

Beskrivning av dina egna resurser och förmågor:

Kan du självständigt förflytta dig? Ja Nej

Om **nej** vilket/vilka hjälpmedel använder du vid förflyttning:

- Käpp/krycka
 Rollator
 Rullstol
 Annat hjälpmedel, ange vad

Kan du självständigt klara att utföra följande:

Personlig hygien

Ja Nej , jag behöver hjälp med:

På/avklädning

Ja Nej , jag behöver hjälp med:

Toalettbesök

Ja Nej , jag behöver hjälp med:

Matlagning

Ja Nej , jag behöver hjälp med:

Inköp

Ja Nej , jag behöver hjälp med:

Tvätt

Ja Nej , jag behöver hjälp med:

Städning

Ja Nej , jag behöver hjälp med:

Annat du behöver hjälp med:

Är oro och ångest ett problem för dig?

Ja

Nej

Har du någon sjukdom av fysisk/ psykisk karaktär?

Ja

Nej

Vem/ vilka hjälper dig för tillfället med sådant som du inte kan utföra självständigt?

Övriga upplysningar du vill lämna som berör din ansökan om bistånd.

Underskrift av sökande

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Ansökan skickas till:

Skara Kommun, Omsorgskontoret, 532 88 Skara

Information

Dina personuppgifter kommer att registreras i omsorgsförvaltningens databaserade verksamhetssystem.