



Information om dataskyddsförordningen (GDPR): för att administrera din ansökan krävs registrering i vårt dataregister. Du har enligt förordningen rätt att ta del av de uppgifter som berör dig och som finns i vårt register och även begära rättelse av dessa.

Sökande

Namn	Personnummer	
Gatuadress	Telefonnummer	Mobilnummer
Postadress	E-post adress	

Företrädare för den sökande (om sådan finns)

<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> god man	<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> god man
<input type="checkbox"/> ombud enligt fullmakt	<input type="checkbox"/> förvaltare	<input type="checkbox"/> ombud enligt fullmakt	<input type="checkbox"/> förvaltare
Namn	Namn		
Gatuadress	Gatuadress		
Postadress	Postadress		
Telefonnummer	Mobilnummer	Telefonnummer	Mobilnummer
E-post adress	E-post adress		

Funktionsnedsättning (eventuell diagnos och/eller kort beskrivning)

Den hjälp jag har nu

Jag ansöker om

<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Hemtjänst för hjälp med min personliga vård
<input type="checkbox"/> Hemtjänst för hjälp med hemliv
<input type="checkbox"/> Hemtjänst för hjälp med samhällsgemenskap, rekreation och fritid
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för personer med demenssjukdom
<input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet
<input type="checkbox"/> Växelboende
<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Annat behov

Jag vill diskutera med handläggare vilket stöd som kan vara aktuellt

Anledning till att jag söker och vad jag vill ha hjälp med

--

Jag bifogar

<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> Psykologutlåtande
<input type="checkbox"/> Intyg från arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Annat intyg/utlåtande

Medgivande

<input type="checkbox"/> JA, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga ansökan får inhämtas från Försäkringskassan, socialtjänst, sjukvården eller andra myndigheter*
<input type="checkbox"/> NEJ, jag vill inte att ni inhämtar några uppgifter om mig eller min situation

*Medgivande kan återkallas när jag så önskar

Underskrift

Jag som gör denna ansökan är

<input type="checkbox"/> Den sökande	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt
--------------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------	--

Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavare skriva under.

Ort/Datum	Ort/Datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

För mer information godkänner jag att ni får hämta information från

Titel	Namn
Telefonnummer	E-post adress

Ansökan skickas till: Myndighetsfunktionen, Box 41, 221 00 Lund
Din handläggare kontaktar dig vanligen inom två veckor.