



Mitt val av utförare inom hemvård - LOV

| | |
|------------|---------------|
| Namn | Personnummer |
| Adress | Telefonnummer |
| Postnummer | Postadress |

Utförare av hemtjänst enligt SoL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agaten hemtjänst | <input type="checkbox"/> Attendo |
| <input type="checkbox"/> Hemvård Lunds kommun | <input type="checkbox"/> Meca services |
| <input type="checkbox"/> Snödroppars hemtjänst | <input type="checkbox"/> Svanen hemtjänst |

Utförare av hemvård enligt SoL och HSL *

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Attendo | <input type="checkbox"/> Hemvård Lunds kommun | <input type="checkbox"/> Meca services |
|----------------------------------|---|--|

* Ett samordnat uppdrag av hemtjänst enligt SoL och kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL

Jag samtycker till att handläggare vid myndighetsfunktionen överför information om mina beviljade hemvårdsinsatser till ovanstående vald utförare.

Lund den _____

Underskrift

Namnförtydligande

Mitt val av utförare lämnas till:

Vård- och omsorgsförvaltningen
Myndighetsfunktionen
Box 41
221 00 Lund