



ANSÖKAN OM ÄLDRE- OCH HANDIKAPPOMSORG

Socialnämndens inriktning av arbetet är att främja brukares eget ansvar, egenförsörjning och självhjälp. I all myndighetsutövning och verksamhet skall förvaltningen lyfta fram brukares eget ansvar för sin situation och för sin försörjning. Förvaltningen bistår med hjälp till självhjälp. Socialtjänsten skall inriktas på att frigöra och utveckla enskildas egna resurser. Detta i enlighet med Socialtjänstlagen 1 kap. 1§.

Sökande

Namn

Bostadsadress Postnummer.....

Ort Personnummer.....

Telefonnummer Mobilnummer.....

Medsökande

Namn Personnummer.....

Närmast anhörig

Namn: Relation.....

TelefonnummerMobilnummer.....

Jag/Vi ansöker om:.....

.....

Tidigare kontakt med biståndsenheten Ja Nej

Funktionshinder och ev. diagnos (kort beskrivning):.....

.....

.....

.....

.....

Beskriv Dina svårigheter i vardagen (gärna över ett dygn)

.....

.....

.....

.....

Besöksadress
Turbingränd 11
Falkenberg

Postadress
Falkenbergs kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
311 80 Falkenberg

Telefon
0346-88 60 00

Fax
0346-109 51



Beskriv hur Du/Ni löser situationen idag

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Använder i dagsläget hjälpmedel i form av: (önskar Ni endast hjälp i form av hjälpmedel, v.v. kontakta Primärvårdens arbetsterapeut 0346- 560 00)

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> rollator | <input type="checkbox"/> griptång | <input type="checkbox"/> strumppådragare |
| <input type="checkbox"/> käpp | <input type="checkbox"/> förhöjning till stolar | <input type="checkbox"/> duschstol/duschvagn |
| <input type="checkbox"/> gåbord | <input type="checkbox"/> sittkudde | <input type="checkbox"/> Annat, nämligen _____ |
| <input type="checkbox"/> rullstol | <input type="checkbox"/> lyftbälte | _____ |

Nedan ger jag mitt medgivande till att inhämta nödvändiga uppgifter från andra myndigheter och vårdgivare som krävs för att säkerställa och säkra biståndsbeslut samt verkställande av ansökta insatser. Mina uppgifter får hanteras elektroniskt samt överföras till berörda verkställare för att säkra min vård, enligt gällande bestämmelser i lagstiftningen som omfattar Socialtjänstens samt Hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

Ja Nej

Sökandens underskrift

...../..... 20.....

Datum

.....

Namnteckning

.....

Behjälplig vid ansökan

.....

Telefonnummer

När Er ansökan inkommit till Biståndsenheten, kommer ni att kontaktas av en handläggare inom 7 dagar.

Med vänlig hälsning
Biståndsenheten, Falkenbergs kommun

Ansökan skickas till:

Falkenbergs kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten/Samordnare
311 80 FALKENBERG

Besöksadress

Turbingränd 11
Falkenberg

Postadress

Falkenbergs kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
311 80 Falkenberg

Telefon

0346-88 60 00

Fax

0346-109 51