

Vård- och omsorgsförvaltningen

Ansökan skickas till:

Katrineholms kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Medborgarfunktionen
641 80 KATRINEHOLM

Ansökan om särskilt boende inom äldreomsorgen

Personuppgifter

| | | | |
|-------------------|---------------|---|--------------------|
| Personnummer | Namn | | |
| Gatuadress | | Postnummer | Postadress |
| Eventuell portkod | Telefonnummer | Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Vid JA, ange språk |

Anhörig som får kontaktas vid utredning av ansökan

| |
|----------------------------------|
| Anhörig (namn och telefonnummer) |
|----------------------------------|

Hälsotillstånd

| | |
|--|--|
| Hälsotillstånd | |
| Använder du hjälpmedel <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ | Har du hemtjänst <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ |
| Om JA, vilka hjälpmedel | |
| Vilka sysslor har du hjälp med | |

Bostadsförhållanden

| | | |
|--|-----------|--|
| Bostadsförhållande idag <input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus | Våning nr | Finns hiss <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ |
|--|-----------|--|

Medgivande

| |
|---|
| Jag lämnar mitt medgivande till att uppgifter som är av betydelse för utredningen får inhämtas från: <input type="checkbox"/> Tjänsteman hos kommunen <input type="checkbox"/> Hälso- och sjukvård: |
|---|

Underskrift sökande eller ställföreträdare/ombud

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------|
| Datum | Namnteckning | Namnförtydligande |
| <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare | Telefonnummer till annan än sökanden | |

Vid frågor kan du kontakta Vård och omsorg Direkt 0150-48 80 30

Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).
Du kan läsa mer på katrineholm.se/personuppgifter