

**Social- och omsorgsförvaltningen**

Ansökan skickas till:

Katrineholms kommun  
Social- 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](http://katrineholm.se/personuppgifter)