

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Ansökan skickas till:  
Katrineholms kommun  
Vård- och omsorgsförvaltningen  
Medborgarfunktionen  
641 80 KATRINEHOLM

## Ansökan om hjälp i hemmet/hemtjänst

### Personuppgifter

|                   |               |   |                    |
|-------------------|---------------|---|--------------------|
| Personnummer      | Namn          |   |                    |
| Gatuadress        |               |   |                    |
| Postnummer        | Postadress    |   |                    |
| Eventuell portkod | Telefonnummer | Behov av tolk<br><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<br><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ | Om JA, vilka hjälpmedel |

### Ansökan om hjälp i hemmet

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Boendestöd                    |
| <input type="checkbox"/> Dagverksamhet                 |
| <input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet/hemtjänst      |
| <input type="checkbox"/> Ledsugning                    |
| <input type="checkbox"/> Matlåda levererad till hemmet |
| <input type="checkbox"/> Tillfälligt boende            |
| <input type="checkbox"/> Trygghetslarm                 |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vad .....         |

## Ansökan om hjälp i hemmet **utan utredning och hembesök**

Jag är 70 år eller äldre och begär att få hemtjänst service, i form av städ, tvätt, inköp och promenader.

Om sökanden är make, maka eller sambo ska båda uppfylla åldern enligt ovan.

### Jag ansöker om:

- Trygghetslarm  
 Matdistribution  
 Hemtjänst service

### Jag väljer följande utförare av hemtjänstinsatserna:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alminia AB              | <input type="checkbox"/> Mann Service AB  |
| <input type="checkbox"/> Katrineholms Hemservice | <input type="checkbox"/> Olivia Hemomsorg AB  |
| <input type="checkbox"/> Katrineholms kommun     | <input type="checkbox"/> <del>ProVerde Assistans AB</del> Har nått kapacitetstak. Tar ej nya brukare. |
| <input type="checkbox"/> Katrineholm Omsorg      | <input type="checkbox"/> Städarna i Katrineholm Hemtjänst AB  |

Information om de olika utförarna finns på: [www.katrineholm.se/hemtjanst](http://www.katrineholm.se/hemtjanst)

Om du **inte** väljer någon utförare kommer insatserna att utföras av Katrineholms kommun.

## Bostadsförhållanden

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

- Tjänsteman hos kommunen  
 Hälsa- och sjukvård: .....

## Underskrift sökande eller ställföreträdare/ombud

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

**Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).**

**Du kan läsa mer på [katrineholm.se/personuppgifter](http://katrineholm.se/personuppgifter)**

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