

Social- och omsorgsförvaltningen

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

Ansökan om hjälp i hemmet/hemtjänst

Personuppgifter

Personnummer	Namn		
Gatuadress			
Postnummer	Postadress		
Eventuell portkod	Telefonnummer	Behov av tolk ☐ Ja ☐ Nej	Vid JA, ange språk

Anhörig som får kontaktas vid utredning av ansökan

Anhörig (namn och telefonnummer)

Hälsotillstånd

Hälsotillstånd

Använder du hjälpmedel

☐ JA ☐ NEJ

Om JA, vilka hjälpmedel

Ansökan om hjälp i hemmet

- ☐ Boendestöd
- ☐ Dagverksamhet
- ☐ Hjälp i hemmet/hemtjänst
- ☐ Ledsagning
- ☐ Matlåda levererad till hemmet
- ☐ Tillfälligt boende
- ☐ Trygghetslarm
- ☐ Annat, ange vad

Bostadsförhållanden

Bostadsförhållande idag ☐ Småhus ☐ Flerbostadshus	Våning nr	Finns hiss ☐ JA ☐ NEJ
--	-----------	--

Medgivande

Jag lämnar mitt medgivande till att uppgifter som är av betydelse för utredningen får inhämtas från:

☐ Tjänsteman hos kommunen

☐ Hälso- och sjukvård:

Underskrift sökande eller ställföreträdare/ombud

Datum	Namnteckning		
☐ Sökande ☐ God man ☐ Förvaltare	Telefonnummer till annan än sökanden		

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

Du kan läsa mer på www.katrineholm.se/personuppgifter

Du kan även ansöka via vår e-tjänst <https://e.katrineholm.se/alldreomsorg>

Har du frågor kan du kontakta Vård och omsorg Direkt telefon 0150-48 80 30.