

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

Ansökan om särskilt boende inom äldreomsorgen

Personuppgifter

Personnummer	Namn		
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		
<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