

Ansökan om serviceinsatser, förenklad biståndsbedömning enligt SoL (Socialtjänstlagen)

Makar/sammanboende fyller i var sin ansökan!

Efternamn och förnamn sökande	Personnummer
Adress	
Postadress	Telefonnummer
Närmast anhörig/närstående namn telefon	

Ansökan gäller

Städning Trygghetslarm Inköp Tvätt Matdistribution

Beskriv/motivera anledningen till ansökan

Hälsotillstånd

1. Har du besvär med något av följande?

Hjärt/kärl Stroke Diabetes Astma KOL Talsvårighet/afasi

2. Har du nedsatt syn JA NEJ
Om ja, kan synnedsättningen kompenseras med glasögon? JA NEJ

3. Har du nedsatt hörsel? JA NEJ
Om ja, kan hörselnedsättningen kompenseras med hörapparat? JA NEJ

4. Använder du något hjälpmedel vid förflyttning? JA NEJ
Om ja, vilken typ av hjälpmedel

5. Har du problem med yrsel, balans eller svårigheter vid förflyttning? JA NEJ
Om ja, beskriv problemen

6. Upplever du någon form av oro/otrygghet? JA NEJ
Om ja, beskriv

Service i hemmet

Ditt behov av hjälp med städning (*ifylls endast vid ansökan om hjälp med städning*)

Kan du städa själv? JA NEJ Delvis

Beskriv

Ditt behov av hjälp med måltider (*ifylls endast vid ansökan om matdistribution*)

Kan du laga mat? JA Nej

Kan du värma färdig mat? JA NEJ

Behöver du specialkost? JA NEJ

Om ja, i så fall vilken

Ditt behov av hjälp med inköp (*ifylls endast vid ansökan om inköp*)

Kan du göra inköp JA NEJ Delvis

Beskriv

Övrigt

Har du tillgång till tvättmaskin? *Ifylls endast vid ansökan om tvätt*

JA NEJ

Medgivande och underskrift

Jag medger att kommunen för handläggning av ärendet får inhämta de uppgifter som behövs från Försäkringskassan, sjukvården och annan socialtjänst.

Jag är medveten om att personuppgifter samt övriga nödvändiga uppgifter för handläggning av ärendet kommer att registreras i enlighet med lagen om personuppgifter inom socialtjänsten.

Namn

Datum

Skicka ansökan till:

Vård och Omsorg

Box 23

774 21 Avesta

Ifylls av Avesta kommun

Ansökan mottagen datum

Muntligt

Skriftligt

e-post

Sign