



## Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen

Sida 1 (2)

Personuppgifterna dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Datum

### Sökande

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer bostad (även riktnummer)
Postnummer	Ort	Telefonnummer arbete (även riktnummer)
e-post		Mobiltelefonnummer
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilket språk		

### Medsökande

Namn	Personnummer
------	--------------

### Jag ansöker om hjälp (bistånd)

Hjälp med service	<input type="checkbox"/> Städning	<input type="checkbox"/> Apoteksärenden	<input type="checkbox"/> Inköpsförberedelser
	<input type="checkbox"/> Tvätthantering	<input type="checkbox"/> Matdistribution	<input type="checkbox"/> Inköp
	<input type="checkbox"/> Dagliga hemsysslor		
	<input type="checkbox"/> Annat, beskriv med egna ord		

Hjälp med omvårdnad	<input type="checkbox"/> Hygien	<input type="checkbox"/> Stödstrumpor	<input type="checkbox"/> Tillsyn
	<input type="checkbox"/> Dusch	<input type="checkbox"/> Egenvård <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Måltider
	<input type="checkbox"/> Toalett- och inkontinenshjälp	<input type="checkbox"/> Förflyttningar	<input type="checkbox"/> Hjälp nattetid
	<input type="checkbox"/> Klädsel		
	<input type="checkbox"/> Annat, beskriv med egna ord		

1) Exempelvis hjälp med att ta medicin, salva, ögondroppar mm. Egenvårdsplan krävs.

Annan hjälp	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> Ledsagning
	<input type="checkbox"/> Telefontjänst	<input type="checkbox"/> Avlösning	
	<input type="checkbox"/> Annat, beskriv med egna ord		

Särskilt boende	Permanent boende		Tillfälligt boende
	<input type="checkbox"/> Vårdboende	<input type="checkbox"/> Växelvård	<input type="checkbox"/> Tillfälligt boende
	<input type="checkbox"/> Vårdboende, inriktning demens	<input type="checkbox"/> Växelvård, inriktning demens	
	<input type="checkbox"/> Trygghetsboende	<input type="checkbox"/> Boka själv plats	
	<input type="checkbox"/> Annat, beskriv med egna ord		

## Anledning till ansökan

Hälsotillstånd/funktionsnedsättning – beskriv kort varför du behöver hjälp

Fortsätt gärna på ett löst blad om utrymmet inte räcker

### Kontaktuppgifter

Vem ska kontaktas?

Sökande  Annan person, fyll i kontaktuppgifter nedan

Närstående, relation  God man  Förvaltare  Ombud

Namn		Mobiltelefonnummer
Adress		Telefonnummer bostad (även riktnummer)
Postnummer	Ort	Telefonnummer arbete (även riktnummer)

### Övriga uppgifter

De personuppgifter som är nödvändiga för utredningen kommer att behandlas enligt 23-25 §§ Personuppgiftslagen i personregister inom Socialförvaltningen samt hos kommunal utförare respektive utförare i annan regi.

Jag godtar att kontakt tas med och att uppgifter som har betydelse för utredningen inhämtas från kommunen, landstinget eller andra myndigheter  Jag godtar inte

### Uppgiftslämnarens namnunderskrift

Namnteckning	Ort, datum
Namnförtydligande	Telefon (även riktnummer)

### Bilagor som eventuellt bifogas

- Läkarintyg  
 Kopia av förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud  
 Annan bilaga, t ex fler närstående eller mer information om rutan ovan inte räckte till

Ansökan skickas till:  
Socialkontoret, Stöd vuxna och äldre  
591 86 Motala kommun  
Fax: 0141-507 30  
e-post: socialkontoret@motala.se