



Ansökan om stöd och hjälp för äldre och personer med funktionsnedsättning

Ansökan skickas till:
Härjedalens kommun
Socialförvaltningen
842 80 Sveg

Personuppgifter (för dig som ansökan gäller)

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Adress
Postnummer	Postadress
Telefonnummer/mobilnummer	E-postadress

Hur vill du helst bli kontaktad?

<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Brev
--

Jag är bosatt i annan kommun men vill ansöka om insatser i Härjedalens kommun

Övrigt

Behov av stöd vid kommunikation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange vilket stöd
---	-------------------------

Anhörig/Närstående

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Anknytning (t.ex. make/maka/sambo/son/dotter ect.)
Telefonnummer/mobilnummer	E-postadress



Företrädare (intyg som styrker företrädare ska bifogas ansökan från god man, förvaltare och fullmaktshavare)

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Anhörigbehörig		

Företrädares Förnamn	Företrädares efternamn
Adress	Postnummer
Postadress	Telefonnummer/mobilnummer
E-postadress	Bifogade intyg som styrker förordnade/fullmakt

Vad behöver du stöd med?

Jag behöver stöd med:

- Fatta beslut, lösa problem, ta reda på information.
- Planera och genomföra dagliga rutiner, hantera stress, få struktur på min vardag.
- Göra mig förstådd och/eller hantera skriftlig/muntlig information.
- Röra mig inomhus, utomhus, transportera mig.
- Personlig vård; ex. klä mig, äta, dricka, sköta min egen hälsa, se till min egen säkerhet.
- Genomföra dagliga sysslor i hemmet; ex. städa, tvätta, handla.
- Ta kontakt, skapa och behålla relationer med; ex vänner, familj, myndigheter, okända.
- Skaffa och behålla utbildning eller arbete, sköta min ekonomi.
- Delta i samhällslivet, hitta och delta i fritidssysselsättning, rösta, föreningsliv, religion.
- Känna mig trygg.
- Mina närstående behöver avlastning.
- Jag vet inte, jag behöver prata med en biståndshandläggare om mina behov.

Det här stödet har jag från kommunen idag:

Ange vilket stöd du har från kommunen idag:

- Jag har inget stöd från kommunen idag.



Funktionsnedsättning/Diagnos:

Beskriv kortfattat:

Jag bifogar intyg från:

- Läkare Psykolog
 Arbetsterapeut/Fysioterapeut Annan _____

Medgivande:

Erforderliga uppgifter för bedömning av detta ärende får inhämtas från myndighet/instans/vårdgivare:

- Alla Socialtjänsten Sjukvården Rehabilitering BUP
 Försäkringskassan Habiliteringen Skola Arbetsförmedlingen
 Annat, ange nedan:

Samtycke, sekretesslättnad (Socialförvaltningen behöver ditt skriftliga samtycke för att; informera närstående eller ställföreträdare om uppgifter som rör de bistånd och insatser som du ansökt om eller är beviljad i Härjedalens kommun.

- Ja, jag ger skriftligt samtycke till att _____ får ha kontakt med socialförvaltningen
 Nej, jag ger inte mitt samtycke.

Underskrift sökande

Underskrift sökande

Ort och datum

Underskrift Företrädare

Ort och datum

Information

Om du har några frågor är du välkommen att ringa biståndsenheten på telefon: 0680-163 80, vardagar 08:00-09:00.

Du kan också skicka E-post: biståndsenheten@herjedalen.se

Se bilaga till ansökan, för information om hur Härjedalens kommun behandlar dina personuppgifter