

Ansökan skickas till: Härjedalens kommun Socialförvaltningen 842 80 Sveg	Vid frågor kontakta biståndsenheten Telefon: 0680-163 80 Telefontid vardagar klockan 08.00-09.00 E-post: bistandsenheten@herjedalen.se
---	--

1. Dina personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och postadress	E-postadress

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

2. Hur vill du bli kontaktad?

<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Brev
Behov av stöd vid kommunikation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vilket stöd

3. Anhörig/Närstående

Namn	Personnummer
Anknytning (t.ex. make/maka/sambo/barn etc.)	Telefonnummer
	E-postadress

4. Uppgifter om din företrädare

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt <input type="checkbox"/> Anhörigbehörig Intyg som styrker företrädare ska bifogas ansökan från god man, förvaltare och fullmaktshavare	
Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och postadress	E-postadress

5. Jag ansöker om:

<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Annat
<input type="checkbox"/> Hemtjänst	
<input type="checkbox"/> Korttidsboende	
<input type="checkbox"/> Särskilt boende	

6. Vad behöver du stöd med?

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

7. Det här stödet har jag från kommunen idag

<input type="checkbox"/> Jag har inget stöd från kommunen idag
Ange vilket stöd du har från kommunen idag:

8. Funktionsnedsättning/Diagnos

Beskriv kortfattat:
Jag bifogar intyg från: <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Psykolog <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut/Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Annan



10. Försäkran och underskrift från dig och företrädare

- Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag vet om att jag är skyldig att omgående meddela socialförvaltningen ändrade förhållanden som kan påverka mitt beslut.
- Jag är informerad om att socialförvaltningen kan hämta uppgifter från Skatteverket, Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten.

Sökande

Ort

Datum

Namnförtydligande

Namnsteckning

Företrädare

Ort

Datum

Namnförtydligande

Namnsteckning

Information om hur vi hanterar dina personuppgifter

De personuppgifter du lämnar till oss behöver vi för att handlägga ditt ärende. Vi hanterar dina uppgifter med stöd av gällande dataskyddslagstiftning och den lagliga grunden i artikel 6.1 e) i dataskyddsförordningen.

Det är socialutskottet som är personuppgiftsansvarig för uppgifterna. Vi har kvar dina uppgifter den tid som behövs för att vi ska kunna uppfylla våra skyldigheter. Mer information om hur vi behandlar dina uppgifter, vilka rättigheter du har och hur du kontaktar oss finns på vår webbplats

www.herjedalen.se



Samtyckesblankett

Blanketten skickas till:

Härjedalens kommun
Socialförvaltningen
842 80 Sveg

Samtycke från:

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

Som samtycker till nödvändig informationsöverföring mellan de instanser där jag har vårdkontakt med, får utbyta den information om mig som de finner nödvändig med valda aktörer enligt nedan. För att kunna erbjuda en god och säker vård, omsorg och service.

- Internt inom kommunen (Omsorg, Hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola)
- Sjukhus, specialistvård
- Hälsocentral eller annan öppenvårdscentral
- Nationella register (t ex NDR, Senior Alert, BPSD och Svevac)
- NPÖ (Nationell patientöversikt)
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Närstående enl. "mina kontaktuppgifter"
- Legal företrädare (god man/förvaltare)
- Annat/övrigt.....

- Jag har informerats om att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill, annars gäller samtycket max ett (1) år och förnyas årligen på inhämtarens initiativ

Samtycke gäller: Helt Delvis Fr.o.m..... T.o.m.....

Eventuella kommentarer:.....

Samtycke lämnat av

Den enskilde: _____
Namn Ort och datum

Företrädare: _____
Underskrift och roll Ort och datum

Samtycke inhämtat av: _____
Namn och profession/roll Ort och datum

Uppgifterna dokumenteras i verksamhetssystemet.