

Ansökan om insatser från Vård- och omsorgsförvaltningen

Personuppgifter

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer
E-post		

Uppgifter om make/maka, sambo, partner

Personnummer	Namn
E-post	

Uppgifter om annan anhörig, god man eller närstående

Namn	Relation (t ex god vän, dotter)	Telefonnummer (inkl riktnr)
E-post		

Jag ansöker om:

<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Korttidsvård	<input type="checkbox"/> Dagvård för dementa	<input type="checkbox"/> Växelvård
<input type="checkbox"/> Annat				

Beskriv ditt hjälpbehov

.....

.....

.....

Godkänner du att vi kontaktar/hämtar uppgifter om dig från andra? (Samtycke)

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva kontakta/hämta uppgifter från andra. Kryssa i vilka du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

<input type="checkbox"/> Anhöriga	<input type="checkbox"/> Försäkringskassa, sjukvården, övrig socialtjänst
<input type="checkbox"/> Handläggare i din hemkommun (om du nu bor i en annan kommun än Sundsvall)	

Underskrift (namn och datum)

.....

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som du lämnar på denna blankett kommer att registreras i vårt datasystem och användas för hanteringen av din ansökan.