

## 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"/> Växelvård
<input type="checkbox"/> Aktivitetscenter för person med demenssjukdom			
<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.

- Anhöriga  Försäkringskassa, sjukvården, övrig socialtjänst  
 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.