

**ANSÖKAN OM BISTÅND ENLIGT 4 KAP 1 § SOCIALTJÄNSTLAGEN
FÖR DIG SOM ÄR 75 ÅR OCH ÄLDRE****Personuppgifter**

Personnummer		Namn	
Adress			
Postnummer	Postort	Telefonnummer	

Uppgifter om anhörig / närstående

Namn	Släktskap / närstående	Telefonnummer

Jag har: Husdjur Portkod _____

Hemtjänst med förenklad biståndsbedömning gäller för personer:

- 75 år och äldre som vistas i Ekerö kommun
- Inte har några övriga insatser inom omsorgen
- Som på grund av nedsatt hälsa/funktionsnedsättning behöver stöd och hjälp med serviceinsatser

Jag ansöker om hjälp i form av:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Städning av 2 rok var annan vecka
inkl fönsterputs 2 ggr/år | <input type="checkbox"/> Städning av 2 rok var tredje vecka
inkl fönsterputs 2 ggr/år |
| <input type="checkbox"/> Tvätt upp till en gång/vecka | <input type="checkbox"/> Ledsagning |
| <input type="checkbox"/> Byte av lakan 2 ggr/månad | <input type="checkbox"/> Trygghetslarm |
| <input type="checkbox"/> Matlådor _____ gånger/vecka | <input type="checkbox"/> Snöröjning |
| <input type="checkbox"/> Inköp | |

Behov av specialkost: _____

Jag väljer utförare: _____

Avgifter:

Matlådor: 49 kronor per matlåda samt omvårdnadsavgift

Trygghetslarm: 175 kronor per månad

Hur hög din avgift blir för övriga insatser beror på hur mycket hjälp du behöver och hur stort avgiftsutrymme du har.

Anledning till din ansökan:

Underskrift:

Datum	Namn

Behjälplig med ansökan:

Namn	Telefonnummer

Skicka ansökan till:

Ekerö kommun

Enheten för äldre och personer med funktionsnedsättning

Box 205

178 23 Ekerö

Samtycke:

Sökande samtycker till att information får lämnas till berörda utförare

 Ja

Personuppgifter som Du/Ni lämnar på denna blankett kommer att registreras i vårt datasystem och användas för hanteringen av Din/Er ansökan (26 § PuL). Om Du/Ni önskar ytterligare information om hur personuppgifterna används eller vill att dessa ska ändras, är vi tacksamma för skriftligt besked om detta till ovanstående adress.