



ANSÖKAN om

Hemtjänst

Boendestöd

Växelvård

Särskilt boende

Ledsagning

Trygghetslarm

Särskilt boende för personer med demenssjukdom

Korttidsplats

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom

Namn: _____ Född: _____

Gatuadress: _____ Tel: _____

Postnummer: _____ Postadress: _____

Anhörig: _____ Tel: _____

Hälsotillstånd: _____

Bostadsförhållanden:

Har du hjälp i hemmet? I så fall med vad?

Vad behöver du hjälp med? _____

Var god vänd 

Samtycke ges att ta kontakt med:

Vårdcentral. Vilken? _____

Hemsjukvården.

Anhörig. Vem eller vilka? _____

Sjukvård. Vem eller vilka? _____

Övrig person. Vem eller vilka? _____

Samtycket gäller bara under utredningstiden och kan när som helst återtas.

Datum: _____ Den sökandes underskrift: _____

Eventuell person som varit behjälplig vid ansökan: _____

Dina uppgifter kommer att dataregistreras. Alla uppgifter är sekretessskyddade.
Notera: Ansökan är ogiltig utan underskrift

Ansökan postas till:

Strömstads kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
Brunnsgatan 2
452 80 Strömstad