



* = Obligatorisk uppgift

Personuppgifter *

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon (även riktnummer)	Telefon mobil	

Ansökan avser *

<input type="checkbox"/> Nya insatser	<input type="checkbox"/> Förändring av insatser	<input type="checkbox"/> Uppsägning av insatser
---------------------------------------	---	---

Hemtjänst *

<input type="checkbox"/> Bostadsvård	<input type="checkbox"/> Tvätt och klädvård	<input type="checkbox"/> Inköp av dagligvaror	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Matdistribution (lunch)	Antal matlådor per vecka (minst 4 stycken): _____		Tillsyn med kamera
<input type="checkbox"/> Duschhjälp _____ gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Morgonhjälp, till exempel personlig omvårdnad, frukost och bäddning		
<input type="checkbox"/> Daghjälp, till exempel hjälp med måltid, förekommande göromål i hemmet och personlig omvårdnad	<input type="checkbox"/> Kvällshjälp, till exempel hjälp med måltid, personlig omvårdnad och sänggående		
<input type="checkbox"/> Natthjälp	<input type="checkbox"/> Boendestöd - stöd och motivation under 65 år		
<input type="checkbox"/> Mathjälp (hjälp att värma huvudmål)	<input type="checkbox"/> Egenvård		
<input type="checkbox"/> Telefonservice	<input type="checkbox"/> Social tid		
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för personer med demenssjukdom	<input type="checkbox"/> Kontaktperson		
<input type="checkbox"/> Daglig sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning			
<input type="checkbox"/> Anhörigbidrag	<input type="checkbox"/> Ledsagning	<input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet	

Boende/Korttidsplats

När du ansöker om särskilt boende eller korttidsplats gäller din ansökan hela Mjölby kommun *

<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Korttidsplats	<input type="checkbox"/> Växelvård
--	--	------------------------------------

Anledning till ansökan:



ANSÖKAN/FÖRÄNDRING

Enligt socialtjänsten (SoL)

Underskrift *

Ort och datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
Namnteckning, sökande	Namnförtydligande
Ort och datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Telefon (även riktnummer)
Namnteckning, eventuellt ombud/god man	Namnförtydligande

Samtycke till att kontakt tas med anhörig utifrån ovanstående ansökan/förändring

Namnteckning, anhörig	Namnförtydligande
Ort och datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Telefon (även riktnummer)

De uppgifter som Du lämnar i samband med denna ansökan används av Omsorgs- och socialförvaltningen för att göra en utredning om Ditt behov av hjälp eller boende. Uppgifterna dokumenteras och handlingarna förvaras så att ingen obehörig får tillgång till dem. När ett beslut är fattat skickas detta hem till Dig samt till den enhet som ska utföra hjälpen/insatsen. Du har rätt att efter skriftlig begäran till Omsorgs- och socialförvaltningen få ta del av de personuppgifter som finns registrerade om Dig. Om uppgifterna är felaktiga, ofullständiga eller irrelevanta har du rätt att begära att uppgifterna ska rättas eller raderas.

Blanketten skickas till

Mjölby kommun
Omsorgs- och socialförvaltningen
595 80 Mjölby
0142-850 00

Postadress

Mjölby kommun
Omsorgs- och socialförvaltningen
595 80 MJÖLBY

Besöksadress

Burensköldsvägen 13

Telefon

0142 - 850 00

Telefax

0142 - 854 24

Internetadress

www.mjolby.se

e-postadress

social@mjolby.se

Bankgironummer

791-9848