



Ansökan enl SoL

Skicka ansökan till

Örnsköldsviks kommun, Vårdförvaltningen

Omsorgsenheten, Nygatan 16 vån 3

891 88 Örnsköldsvik

Vissa serviceinsatser enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen.

Makar/sammanboende fyller i var sin ansökan.

Personuppgifter

Sökande, namn		Personnummer
Maka/make, sammanboende		Personnummer
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer
Närmast anhörig/god man		Släktskap
		Telefonnummer

Ansökan gäller

Städning Trygghetslarm Telefonkontakt Matdistribution Tvätt

Boendesituation

Bostaden är av nedanstående storlek:

1 rum och kök 2 rum och kök 3 rum och kök Annat _____

Beskriv vad dina begränsningar är i vardagen som föranleder denna ansökan

Hälsotillstånd

1. Har du besvär med något av följande:

Hjärt-/kärlbesvär Diabetes Astma KOL Talsvårigheter/afasi

Övrigt _____

2. Har du nedsatt syn: Ja Nej

Om svar ja, kan synnedsättningen kompenseras med glasögon: Ja Nej

3. Har du nedsatt hörsel: Ja Nej

Om svar ja, kan hörselnedsättningen kompenseras med hörapparat: Ja Nej

4. Använder du något hjälpmedel vid förflyttning?

Ja, i så fall vilken typ _____ Nej

5. Har du problem med yrsel, balansen eller svårigheter vid förflyttning?

Ja Nej

Beskriv _____

6. Upplever du någon form av oro/otrygghet?

Ja Nej

Beskriv _____

Service i hemmet

Ditt behov av hjälp med städning. *(Ifylls endast vid ansökan om hjälp med städning)*

Kan du städa?

Ja Nej Delvis

Beskriv _____

Ditt behov av hjälp med måltider. *(Ifylls endast vid ansökan om matdistribution)*

Kan du tillaga måltider?

Ja Nej

Kan du värma färdig mat?

Ja Nej

Har du behov av specialkost?

Ja, i så fall vad _____

Nej

Samtycke och underskrift

Jag samtycker att kommunen för handläggning av ärendet får inhämta de uppgifter som behövs från försäkringskassan, sjukvården och annan socialtjänst.

Jag är medveten om att personuppgifter samt övriga nödvändiga uppgifter för handläggning av ärendet kommer att registreras i enlighet med Dataskyddsförordningen, GDPR.

Datum	Underskrift
	Namnförtydligande