

**Personuppgifter**

Personuppgifter

Personnummer
Förmam
Efternam
Adress
Postnummer
Ort
Telefonnummer
Alternativt telefonnummer
Bor du tillsammans med någon? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

**Kontaktuppgifter till närstående**

Förmam
Efternam
Relation
Telefonnummer

**Intresseanmälan**

Val av serviceinsatser <input type="checkbox"/> Städning <input type="checkbox"/> Tvätt <input type="checkbox"/> Inköp <input type="checkbox"/> Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Apodoshämtning
--

## Varför behöver du hjälp?

Vad är anledningen till att du ansöker om serviceinsatser?

Hur upplever du din hälsa? (exempelvis diagnoser eller nedsatta funktioner i kroppen av betydelse för ansökan)

Hur påverkar det din förmåga nu?

Hur klarar du förflyttningar inne och ute? Använder du gånghjälpmedel?

Beskriv hur du klarar din vardag?

Känner du dig trygg i din vardag? Om nej, vad är det som gör dig otrygg?

## Målsättning

Vad vill du uppnå med serviceinsatser?

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva hämta uppgifter om din hälsa/funktionsnedsättning eller sociala situation från tidigare utredningar

- Jag ger mitt samtycke till att information, för bedömning av detta ärende, får hämtas från tidigare utredningar av kommunens biståndshandläggare.

För att kunna hjälpa dig på bästa sätt behöver utföraren få ta del av din utredning

- Jag samtycker till att utförare får ta del av min utredning för att kunna genomföra uppdraget

## Bekräfta

- Jag har granskat ovanstående uppgifter och bekräftar att dessa är riktiga.

**Dina personuppgifter används för att behandla denna ansökan.** Om du vill ha ytterligare information om hur dina personuppgifter används eller om du vill rätta felaktiga personuppgifter, kan du skriftligen be om detta hos personuppgiftsansvarig, som är ansvarig nämnd.

## Signering

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Namnförtydligande

\_\_\_\_\_

Underskrift

## Ifylld ansökan skickas till:

Tibro kommun  
Socialförvaltningen - Serviceenheten  
543 80 TIBRO