

ANSÖKAN**Personuppgifter sökande**

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefon (även riktnummer)		E-post	

Beskrivning

Funktionshinder/diagnos, kort beskrivning, läkare- eller psykologutlåtande ska medfölja ansökan
Vad behöver du hjälp med? Beskriv din vardag:
Har du ett pågående beslut om insats/insatser? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vad:



ANSÖKAN**Insats/insatser som begärs**

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Rådgivning, personligt stöd |
| <input type="checkbox"/> Personlig assistent eller ekonomiskt stöd |
| <input type="checkbox"/> Ledsagarservice |
| <input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson |
| <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet |
| <input type="checkbox"/> Korttidsstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet |
| <input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom |
| <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna |
| <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig |
| <input type="checkbox"/> Individuell plan |

Underskrift

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL. Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av vård- och omsorgsförvaltningen. Du har rätt att begära utdrag och rättelser. Jag samtycker att uppgifter får inhämtas för att utreda denna ansökan från andra myndigheter såsom Försäkringskassan, Landsting, Anhöriga, God man och övriga inom vård- och omsorgsförvaltningen.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Behjälplig vid upprättandet

Underskrift

Namnförtydligande

Telefon (även riktnummer)

Ansökan skickas till:

Vetlanda kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Myndighetskontoret
574 80 Vetlanda

