

Tillnamn och förnamn _____ Personbeteckning _____			
Adress _____			
Telefon Hem _____	Telefon till tjänst _____		
Behov av tjänster ( ifylles till den del man ansöker om tjänster )			
<b>1. BOENDE</b>			
<input type="checkbox"/> Ändringsarbeten i bostadet, vilka och beräknade kostnader _____			
<input type="checkbox"/> Redskap och anordningar i bostaden, vilka och beräknade kostnader _____			
<input type="checkbox"/> Serviceboende	<input type="checkbox"/> Stödbostad		
<input type="checkbox"/> Annat, vad: _____			
<b>2. TJÄNSTER FÖR PERSONER SOM RÖR SIG UTANFÖR HEMMET</b>			
<input type="checkbox"/> Färdtjänst ( t.ex. Taxi, Invataxi )	<input type="checkbox"/> Ledsagarservice		
<input type="checkbox"/> Fortskaffningsmedel, vilket _____			
<input type="checkbox"/> Annat, vad _____			
<b>3. YRKESMÄSSIG OCH SOCIAL REHABILITERING, SKOLNING OCH ARBETE</b>			
<input type="checkbox"/> Rehabiliteringshandledning	<input type="checkbox"/> Anpassningsträning	<input type="checkbox"/> Skyddat arbete	
<input type="checkbox"/> Arbetsträning	<input type="checkbox"/> Annat, vad _____		
<b>4. HJÄLP AV ANNAN PERSON</b>			
<input type="checkbox"/> Personlig medhjälpare _____	<input type="checkbox"/> Tolkservice		
<small>BERÄKNADE KOSTNADER OCH BERÄKNADE ANTAL TIMMAR BEHÖVS</small>			
<input type="checkbox"/> Annat, vad _____			
Förslag till vårdare/personlig medhjälpare (ifylls endast via ansökan om hemvårdstöd eller personlig medhjälpare)			
Tillnamn och förnamn _____ Personbeteckning _____			
Adress _____ Telefon _____			
Förvärvsarbete			
<input type="checkbox"/> Stadigvarande arbete	<input type="checkbox"/> Tillfälligt arbete	<input type="checkbox"/> Heldags arbete	<input type="checkbox"/> Halvdags arbete
Yrke _____	Släktskapsförhållande _____		

## 5. ÖVRIGT

- Semester och rekreation för vårdare \_\_\_\_\_
- Anskaffning för specialkost, vad och beräknade kostnader \_\_\_\_\_
- Specialutgifter för kläder, vad och beräknade kostnader \_\_\_\_\_
- Redskap, maskiner, anordningar, för att klara de dagliga sysslorna, vad och beräknade kostnader \_\_\_\_\_
- Annat, vad \_\_\_\_\_

### Uppgifter om hälsotillståndet, skadan eller sjukdomen

1. Kort beskrivning av personens hälsotillstånd, användning av hjälpmedel 2. Skada eller sjukdom 3. Var och när uppkom skadan/sjukdomen

Specialuppgifter om ersättningar enligt lagen om skada ådragen i militärjänst, trafikförsäkring och olycksfallsförsäkringslagen.

Arbetsförmögenhetsgrad

%, försäkringsbolag och skadenummer

### Tilläggsuppgifter

T.ex egen synpunkt på orsaken till behovet av service, kort beskrivning över de omständigheter, som försvårar utförande av de dagliga sysslorna, motivering till att viss person föreslagits till vårdare/medhjälpare.

Har i denna anmälan avsedda tjänster tidigare beviljats personen

Nej

Ja, vad \_\_\_\_\_

Andra tjänster eller ersättningar, Har du anmält om?

Kontaktpersonens namn adress och telefon

\_\_\_\_\_

**UNDERSKRIFT** Samtidigt befullmäktigat jag det organ som beslutar om tjänster/tjänsterna att skaffa de uppgifter, som behövs för beslutsfattandet

Ort, datum och underskrift \_\_\_\_\_

### BILAGOR TILL ANMÄLAN

För att förtydliga situationen kan vid behov till anmälan bifogas utlåtande av sakkunniga inom social- och hälsovården eller annan sakkunnig, kostnadsberäkning, uppgjord rehabiliteringsplan osv.