

**ANSÖKAN - Förenklad ansökan om visst bistånd enligt Socialtjänstlagen  
för personer över 80 år****Om ansökan avser fler än person i hushållet skall en blankett inlämnas på respektive person**

Sökande, Namn		Personnummer
Make/maka/registrerad partner, sammanboende		Samtycke till att dela information om hälsa/insatser
Gatuadress		
Vistelseadress (om annan än ovanstående adress)		
Postnummer	Ortsnamn	Telefonnummer

Behov av tolk Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, vilket språk
---	---------------------

Namn närmaste anhörig/vän	Anknytning/relation
Samtycke till att dela information om hälsa/insatser från kommunen till anhörig/vän Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Telefonnummer

**Om du har fått utsedd godman/förvaltare, fyll i nedan:**

Namn godman/förvaltare		
Gatuadress godman/förvaltare		
Postnummer	Ortsnamn	Telefonnummer

## Ansökan avser:

### Trygghetslarm

Ange namn och telefonnummer till närstående som du vill ska stå med i uppgifterna på larmbilden nedan

Namn

Relation

Telefonnummer

Namn

Relation

Telefonnummer

Hemtjänsten är i behov av extranyckel till hemmet innan larm kan installeras, finns extranyckel redan nu

Ja  Nej

### Städning

Städning utförs av upp till 2 rum och kök, inklusive hall och badrum.  
Rum kan alterneras mellan gångerna

#### Hur ofta ansöker du om hjälp med städning:

1 gång per månad

1 gång var tredje vecka

#### Bostadens storlek:

1 rum och kök

2 rum och kök

3 rum och kök

Annat: \_\_\_\_\_

### Tvätt/klädvård

#### Hur ofta ansöker du om hjälp med tvätt/klädvård:

1 gång per månad

1 gång var tredje vecka

1 gång varannan vecka

**Inköp**

Utförs i form av inköpsservice

**Hur ofta ansöker du om hjälp med inköp:**

- 1 gång per månad  
 1 gång var tredje vecka  
 1 gång varannan vecka  
 1 gång per vecka

**Hur vill du betala varorna:**

- Kontant  
 Fullmakt

**Vad är ditt mål/syfte med de insatser som du ansöker om?**

**Hur har du tidigare klarat de insatser som du ansöker om?**

- På egen hand                       Med hjälp av annan person i hushållet  
 Med hjälp av anhörig/närstående/vän  
 På annat sätt. Ange hur: \_\_\_\_\_

**Besväras du av följande:**

- Hjärt-/kärlbesvär       Diabetes       Astma       KOL       Talsvårigheter  
 Minnessvårigheter       Gångsvårigheter       Annat \_\_\_\_\_

Har du nedsatt syn?

- Ja       Nej

Om ja, kompenseras synnedsättningen med glasögon?

- Ja                       Nej

Har du nedsatt hörsel?

- Ja       Nej

Om ja, kompenseras hörselnedsättningen med hörapparat?

- Ja                       Nej

Har du problem med yrsel, balans?

- Ja       Nej

Om ja, beskriv dina besvär

\_\_\_\_\_

Upplever du dig nedstämd, orolig, otrygg eller ensam?

- Ja       Ibland       Nej

**Avgift för insatserna tas ut enligt gällande maxtaxa för äldreomsorg. Avgiften är beroende av din inkomst.**

Jag bifogar inkomstförfrågan och vill prövas mot maxtaxa

Jag önskar betala högsta avgift

**Underskrift:**

Ort och datum:	Namnteckning
<b>Information om hur vi hanterar dina personuppgifter</b> De personuppgifter du lämnar oss behöver vi för att hantera din ansökan om bistånd. Vi hanterar dina uppgifter med stöd av gällande dataskyddslagstiftning och den lagliga grunden myndighetsutövning.  Det är socialnämnden som är personuppgiftsansvarig för uppgifterna. Vi har kvar dina uppgifter den tid som behövs för att vi ska kunna uppfylla våra skyldigheter.  Mer information om hur vi hanterar dina uppgifter, vilka rättigheter du har och hur du kontaktar oss finns på vår webbplats <a href="http://www.filipstad.se">www.filipstad.se</a> .	

**Blanketten skickas till:** Filipstads kommun, socialförvaltningen, Box 307, 682 27 Filipstad  
Du kommer att få ett beslut hemskickat per post från din biståndsbedömare.

**Vid kontakt med biståndsbedömare, ring växeln på 0590- 611 00.**