

ANSÖKAN OM SERVICEINSATSER ENLIGT EGENMAKT

Personuppgifter

Sökandes namn	Personnummer
Medsökande namn	Medsökande personnummer
Gatuadress, postnummer och ort	Telefon

Ansökan avser

<input type="checkbox"/>	Hjälp med utförande av serviceinsatser sammanlagt högst 6 timmar per månad.
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Promenad/ utevistelse Normalt 30 min , 1 gång/vecka
	<input type="checkbox"/> Städning Normalt 40 min/gång, varje 3:e vecka
	<input type="checkbox"/> Tvätt Normalt 30 min/gång 1 gång/ varannan vecka
	<input type="checkbox"/> Inköp Normalt 30 min – 1 timme en gång/vecka 1 gång/vecka

Jag uppfyller följande uppställda krav

<i>Sökanden</i>	<i>Medsökanden (sammanboende)</i>
<input type="checkbox"/> Jag är 75 år eller äldre	<input type="checkbox"/> Jag har funktionsnedsättning och klarar inte att utföra sökta insats(er).
<input type="checkbox"/> Jag är ensamboende	
<input type="checkbox"/> Jag är sammanboende	
<input type="checkbox"/> Jag har funktionsnedsättning och klara inte att utföra sökta insats(er).	

Kort beskrivning hur funktionsnedsättning påverkar att jag/vi inte klarar utföra sökta insatser

--

Försäkran och underskrift

<input type="checkbox"/> Jag försäkrar att lämnade uppgifter i denna ansökan är sanningsenliga.			
<input type="checkbox"/> Jag medger att socialförvaltningen, biståndsenheten får hämta uppgifter om mina inkomster och bidrag från Skattemyndigheten, Riksförsäkringsverket och Försäkringskassan.			
<input type="checkbox"/> Jag medger att nödvändiga uppgifter om min situation får lämnas till utföraren för att serviceinsatser ska kunna genomföras tryggt och säkert.			
<input type="checkbox"/> Jag samtycker till behandlingen av mina personuppgifter i socialförvaltningens dataregister.			
<input type="checkbox"/> Jag samtycker att ansvarig biståndshandläggare kontaktar mig för information om äldreomsorgens insatser om mitt hjälpbehov kräver en sedvalig utredning.			
Avgift för serviceinsatser uttas enligt fastställd taxa.			
Datum		Datum	
Sökandens underskrift		Medsökandens underskrift	

**UTREDNING**

Sökande namn	Personnummer
Medsökande namn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Ansökan avseende sökanden uppfyller ställda krav för serviceinsatser enligt egenmakt	<input type="checkbox"/> Ansökan avseende medsökandens uppfyller ställda krav för serviceinsatser enligt egenmakt
<input type="checkbox"/> Ansökan avseende sökanden uppfyller inte ställda krav för serviceinsatser enligt egenmakt	<input type="checkbox"/> Ansökan avseende medsökanden uppfyller inte ställda krav för serviceinsatser enligt egenmakt
<input type="checkbox"/> Sökandens behov kräver en sedvanlig utredning av biståndshandläggare.	<input type="checkbox"/> Medsökandens behov kräver en sedvanlig utredning av biståndshandläggare.

BESLUT

<input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Promenad/ utevistelse 2,2 timmer/månad. (Normalt ca 30 min /vecka) <input type="checkbox"/> Städning 1 timme/månad. (Normalt var 3:e vecka ca 40 min per gång för 1-2 rum och kök). <input type="checkbox"/> Tvätt 1 timme/månad. (Normalt varannan vecka, ca 30 min per gång) <input type="checkbox"/> Inköp 3,2 – 4.3 timmar/månad. (Normalt 1 gång/vecka, ca 30 min – 1 timme per gång). <p style="text-align: center;">timmar per månad. Beslutet gäller från och med till och med:</p>		
..... Beslutsdatum Beslutsfattare Beslutsfattare namnförtydligande
<input type="checkbox"/> Ansökan kräver vidare utredning <input type="checkbox"/> Sökandens och/eller medsökandens behov kräver en kompletterande utredning av biståndshandläggare. <input type="checkbox"/> Sökanden och/eller medsökanden uppfyller inte kriterierna för förenklad handläggning av serviceinsatser enligt egenmakt. En sedvanlig utredning om behovet krävs. Ansvarig biståndshandläggare kontaktar sökanden och i förekommande fall medsökanden för mer information om äldreomsorgens insatser och/eller sedvanlig utredning. Datum Handläggare Telefon		

BESTÄLLNING

Vid bifallsbeslut skickas denna ansökan och utredning till hemtjänsten för planering och genomförande av beviljade insatser enligt detta beslut. <input type="checkbox"/> Samordnare inom hemtjänsten i Bro, telefon 08-581 696 30 <input type="checkbox"/> Samordnare inom hemtjänsten i Kungsängen –Tibble, telefon 08-581 694 46
