

## Ansökan om biståndsbedömt trygghetsboende

\* Obligatoriska fält

### Personuppgifter sökande

Förnamn*
Efternamn*
Personnummer*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Telefon*
Eventuell portkod
Vill du ha ett bekräftelsemail på din ansökan vänligen fyll i din e-postadress.
E-postadress

### Civilstånd

* (Du kan endast välja ett alternativ)
<input type="checkbox"/> Gift/partner/sammanboende
<input type="checkbox"/> Ensamstående

### Partners uppgifter

Förnamn
Efternamn
Adress
Postnummer
Ort
Telefon
E-postadress

Har du behov av tolk?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Vilket språk?

### Vem är du som söker?

Vem är du som söker? (Du kan endast välja ett alternativ)

Den enskilde

Annan

### Ange kontaktuppgifter

Förnamn

Efternamn

Adress

Postnummer

Ort

E-postadress

Telefonnummer

Din relation till den sökande

Bifoga kopia av förordnande eller fullmakt

## Har du god man, förvaltare eller ombud?

Har du god man, förvaltare eller ombud?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

## Uppgifter till god man, förvaltare eller ombud

Förnamn

Efternamn

Adress

Postnummer

Ort

E-postadress

Telefonnummer

Bifoga kopia av förordnande eller fullmakt

## Vi behöver veta mer

Beskriv anledningen till att du behöver flytta till trygghetsboende\*

Beskriv din sociala situation\*

Beskriv din hälsosituation\*

Har du sedan tidigare stöd från kommunen?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Beskriv vad du får stöd med\*

Beskriv dina svårigheter i vardagen\*

Beskriv hur du löser situationen idag\*

Annan information du vill lämna

## Här bifogar du eventuella intyg

Exempel på intyg kan vara läkarintyg, psykologutlåtande, intyg från arbetsterapeut eller en kopia på förordnare som förvaltare eller fullmakt för ombud.

## Närståendes kontaktuppgifter

### Närstående 1

Förnamn
Efternamn
Telefonnummer
Adress
Postnummer
Ort
E-postadress

### Närstående 2

Förnamn
Efternamn
Telefonnummer
Adress
Postnummer
Ort
E-postadress

## Medgivande att hämta nödvändiga uppgifter

JA, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga min ansökan får inhämtas från Försäkringskassan.

JA, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga min ansökan får inhämtas från sjukvården.

NEJ, jag vill inte att ni inhämtar några uppgifter om mig eller min situation.

JA, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga min ansökan får inhämtas från socialtjänst/vård och omsorg i Eslöv eller annan kommun.

JA, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga min ansökan får inhämtas från andra myndigheter.

## Sökandes underskrift

---

Ort och datum

---

Underskrift