



Sektor Vårld

Ansökan skickas till:  
Söderhamns kommun  
Sektor Vårld  
Västra storgatan 16 -20  
826 32 Söderhamn

## Ansökan /Anmälan om bistånd enligt socialtjänstlagen

### Personuppgifter

Personnummer	Namn		
Gatuadress			
Postnummer	Postadress		
Eventuell portkod	Telefonnummer	Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vid JA, ange språk

### Anhörig som får kontaktas vid utredning av ansökan

Anhörig (namn och telefonnummer)
----------------------------------

### Hälsotillstånd

Hälsotillstånd	
Använder du hjälpmedel <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Om JA, vilka hjälpmedel

### Ansökan om hjälp i hemmet

<input type="checkbox"/> Boendestöd	<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet/hemtjänst	<input type="checkbox"/> Vård- och omsorgsboende
<input type="checkbox"/> Ledsagning	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Matdistribution	<input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet
<input type="checkbox"/> Korttidsplats	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för personer med demenssjukdom
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Daglig sysselsättning
<input type="checkbox"/> Annat, ange vad	
.....	

## Ansökan om hjälp i hemmet **utan utredning och hembesök**

Jag är 65 år eller äldre.

### Jag ansöker om:

Trygghetslarm

Matdistribution

Avgiftsfri avlösning i hemmet

## Underskrift sökande eller ställföreträdare/ombud

Datum	Namnteckning			
<input type="checkbox"/> Sökande	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	Annan	Telefonnummer till annan än sökanden

**Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).**

**Vid frågor kan du kontakta kundtjänst 0270-750 00**