



Om ansökan avser fler än en person i hushållet skall en blankett inlämnas på respektive person

## Sökande

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer

**Make/maka**

**Reg partner**

**Sambo**

Personnummer	Namn
--------------	------

## Uppgifter om annan anhörig

Namn och släktskap	Adress	
Telefon bostad	Mobiltelefon	Telefon arbete

## Ansökan avser:

**Trygghetslarm**

Har du fast telefonabonnemang?  Ja  Nej

Bor du i:  Villa/radhus  Lägenhet Hyresvärd:.....

**Städning** (utförs av 2 rum och kök var 3:e vecka)

Bostadens storlek  1 rum och kök  2 rum och kök  
 3 rum och kök  annat.....

**Matdistribution**

**Tvätt/klädvård** Hur ofta önskar du få hjälp med tvätt/klädvård?

1 gång/månad  1 gång varannan vecka  1 gång var 3:e vecka

**Inköp** (utförs vid högst 1 tillfälle/vecka i närmaste fullsortiments affär)

Hur ofta önskar du hjälp med inköp?

1 gång/månad  1 gång varannan vecka  1 gång var 3:e vecka  1 gång/vecka

Hur vill du betala varorna?

Kontant  Kundkort (ICA/MedMera)

**Besväras du av följande?**

Hjärt/kärlbesvär

Diabetes

Astma

KOL

Talsvårigheter

Gångsvårigheter

Annat, ange vad:.....

**Har du nedsatt syn?**  Ja  NejOm svar ja, kan synnedsättningen kompenseras med glasögon?  Ja  Nej**Har du nedsatt hörsel?**  Ja  NejOm svar ja, kan hörselnedsättningen kompenseras med hörapparat?  Ja  Nej**Använder du något hjälpmedel vid förflyttning?** Nej  Ja, käpp/krycka  Ja, rollator  Ja, rullstol  Ja, annat.....**Upplever du dig nedstämd, orolig eller ensam?**  Nej  Ibland  Ja**Har du problem med yrsel, balans?** Nej  Ja, beskriv dina besvär:.....Har du ramlat under det senaste året?  Ja  Nej Är du rädd för att ramla?  Ja  Nej**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:.....**Övrig information som du anser har betydelse:**

.....

**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:

Uppgifterna i ansökan är sekretesskyddade. Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL (Personuppgiftslagen). Genom att underteckna denna ansökan godkänner jag att mina personuppgifter får dataregistreras.

**Blanketten skickas till:**

Askersunds kommun, socialförvaltningen, Box 28, 696 21 Askersund