



OSBY
KOMMUN

ANSÖKAN OM HEMTJÄNST OCH ÖVRIGT STÖD I HEMMET

1. Personuppgifter

Förnamn och efternamn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

2. Vem gäller ansökan?

☐ Jag ansöker för mig själv

☐ Jag ansöker för någon annan

Om du ansöker för dig själv:

Närstående/kontaktperson

Namn: _____

Relation: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

Om du ansöker för någon annan:

Jag som ansöker är:

☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Ombud med fullmakt

Viktigt! Bifoga handling som styrker behörighet.

☐ Handling bifogas som styrker min behörighet att ansöka för någon annan.

3. Vilken eller vilka insatser ansöker du om?

- ☐ Jag behöver hjälp med min ansökan
- ☐ Trygghetslarm
- ☐ Matdistribution
- ☐ Personlig omvårdnad t ex förflyttningar, dusch, klädsel, tillsyn
- ☐ Serviceinsatser t ex städ, tvätt, inköp
- ☐ Avlösning i hemmet
- ☐ Ledsagning till vårdinrättning
- ☐ Dagverksamhet för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt
- ☐ Utevistelse/promenade/social samvaro
- ☐ Övriga behov, beskriv nedan.

4. Beskrivning av behov

7. Medgivande

I samband med ansökan om insatser har handläggaren nära samarbete med kommunens arbetsterapeut för att du ska få det stöd och råd du behöver utifrån din situation. För att möjliggöra samarbetet behövs ditt medgivande.

Handläggare kan även behöva komplettera ansökan med uppgifter från Hälso- och sjukvården, kommunen eller motsvarande för att kunna göra en bedömning om insatser enligt 11 kap. 1§ Socialtjänstlagen.

Jag ger mitt medgivande till att kontakt tas med:

- ☐ Hälso- och sjukvården ☐ Anhörig ☐ Annan myndighet ☐ Kommunal hemsjukvård ☐ Kommunal hemsjukvård arbetsterapeut ☐ Inget samtycke
- ☐ Begränsningar i medgivande

Jag vill begränsa delar av ovanstående medgivande

8. Kontakta mig

Jag vill att ni kontaktar mig via:

☐ Telefonsamtal ☐ E-post ☐ Via angiven närstående

9. Underskrift

Ort och datum: _____

Sökandes underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Underskrift om ansökan görs av God man/Förvaltare/Ombud med fullmakt.

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Relation/uppdrag: _____

Kontaktuppgifter: _____

Bilagor

☐ Fullmakt ☐ Beslut om god man/förvaltare ☐ Medicinskt underlag/intyg ☐ Annan bilaga

Kontakt handläggare

Du kan kontakta biståndshandläggare på vardagar kl. 08.30-09.30. Vilken handläggare du ska vända dig till beror på vilken dag i månaden du är född.

Dag 1-8 via telefon: 0479-528 284

Dag 9-15 via telefon: 0479-528 264

Dag 16-23 via telefon: 0479- 528 109

Dag 16-23 via telefon 0479- 528 460

Övrig tid kan kontakt tas via Väckeln på telefon: 0479-528 000

Personuppgiftsbehandling (GDPR)

Osby kommun behandlar dina personuppgifter för att handlägga och administrera din ansökan. Uppgifterna behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på Osby kommuns webbplats.

Skicka in ansökan

Din ansökan kan lämnas i Kontaktcenter eller skickas till:

Biståndshandläggare

Osby kommun

283 80 Osby