

Ansökan om förenklad biståndshandläggning enligt socialtjänstlagen - för dig som är 75 år och äldre

Personuppgifter, sökande

Namn sökande		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Mobil	E-post

Anhörig/närstående

T ex: dotter, bror

T ex: vän

Namn	<input type="checkbox"/> Släktskap	<input type="checkbox"/> Närstående	Telefon
.....
Namn	<input type="checkbox"/> Släktskap	<input type="checkbox"/> Närstående	Telefon
.....

Hemtjänst med förenklad biståndsbedömning gäller för personer:

- 75 år och äldre som vistas i Ekerö kommun
- som inte har några övriga insatser inom omsorgen
- som på grund av nedsatt hälsa/funktionsnedsättning behöver stöd och hjälp med serviceinsatser

Jag ansöker om hjälp i form av:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Städning av två r.o.k. <u>varannan vecka</u> ,
inkl. fönsterputs två gånger per år | <input type="checkbox"/> Byte av lakan två gånger per månad |
| <input type="checkbox"/> Städning av två r.o.k. <u>var tredje vecka</u> ,
inkl. fönsterputs två gånger per år | <input type="checkbox"/> Matlådor gånger per vecka |
| <input type="checkbox"/> Tvätt upp till en gång per vecka | <input type="checkbox"/> Inköp |
| | <input type="checkbox"/> Trygghetslarm |

Behov av specialkost:

Jag väljer utförare:

Jag har: husdjur portkod

Blanketten skickas till: **Ekerö Kommun**
Socialförvaltningen
Box 205
178 23 EKERÖ