

I Personuppgifter/uppgifter om familjen

1.	Efternamn och förnamn (alla) (person under 18 år, se punkt 3)	Personbeteckning: -
	Adress:	
	Telefon hem:	Telefon till arbetet:
2.	Namn på matlagets övriga medlemmar:	
	Make/maka/sambo:	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> Förvärvsarbetar, arbetstid
	Barn/födelseår:	Annan person:
3.	Fars namn:	Mors namn:
	Adress, om annan än sökandens:	Adress, om annan än sökandens:
	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> Förvärvsarbetar	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> Förvärvsarbetar

II Handikapp/sjukdom

<input type="checkbox"/> Sjukdom/när konstaterad?:	<input type="checkbox"/> Medfött handikapp:
<input type="checkbox"/> Trafikskada/när?:	<input type="checkbox"/> Annan olyckshändelse /när?
Försäkringsbolag:	Skadenummer:
Kort beskrivning av personens hälsotillstånd och användning av hjälpmedel:	

III Behov av hjälp av en annan person

<input type="checkbox"/> Hemhjälp	Från och med:		
Timantal	per dag:	per vecka:	per månad:
Behov av hjälp:	<input type="checkbox"/> på morgonen	<input type="checkbox"/> på dagen	<input type="checkbox"/> på kvällen <input type="checkbox"/> på natten
För vad behövs hjälpen?			

<input type="checkbox"/> Stöd för närståendevård	
Erhålls från och med:	Erhålls inte
	<input type="checkbox"/>
Närståendevårdare (personens namn):	

<input type="checkbox"/> Stödperson/stödfamilj:
---

<input type="checkbox"/> Personlig assistent			
För vad behövs hjälp:			
Beräknat antal timmar som behövs:	<input type="checkbox"/> på dagen	<input type="checkbox"/> på kvällen	<input type="checkbox"/> under veckoslut

IV Bilagor till ansökan

<input type="checkbox"/> Läkarylåtande	<input type="checkbox"/> Utlåtande av ergoterapeut	<input type="checkbox"/> Annat utlåtande, hurdant?
--	--	--

V Ytterligare uppgifter

--

\_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_  
Datum/underskrift/namnförtydligande

Ytterligare uppgifter ges vid behov av: \_\_\_\_\_  
Blanketten sänds per post till nedanstående postadress