



Ankommen:

1 PERSONUPPGIFTER OM SÖKANDEN/DEN SOM BEHÖVER VÅRDEN			
Släktnamn och förnamn	Personbeteckning		
Gatuadress			
Postnummer och -anstalt			
Telefon (hem, mobil)			
Familjeförhållande			
<input type="checkbox"/> Ogift	<input type="checkbox"/> Samboende	<input type="checkbox"/> Gift	<input type="checkbox"/> Registrerat
<input type="checkbox"/> Boskillnad/bor skilt	<input type="checkbox"/> Frånskild	<input type="checkbox"/> Änka/änkling	<input type="checkbox"/> parförhållande
2 PERSONUPPGIFTER OM VÅRDAREN			
Släktnamn och förnamn	Personbeteckning		
Gatuadress			
Postnummer och -anstalt			
Telefon (hem, mobil)			
Vårdaren är en släkting:			
<input type="checkbox"/> Ja, vilken? _____			
<input type="checkbox"/> Nej			
3 UTREDNING OM BEHOVET AV VÅRD			
Handikapp och/eller sjukdom			
Rör sig			
<input type="checkbox"/> Självtändigt <input type="checkbox"/> Behöver hjälp <input type="checkbox"/> Måste hjälpas			
Hjälpmedel i bruk			
Äter			
<input type="checkbox"/> Självtändigt <input type="checkbox"/> Behöver hjälp <input type="checkbox"/> Måste hjälpas			
Tvättar sig			
<input type="checkbox"/> Självtändigt <input type="checkbox"/> Behöver hjälp <input type="checkbox"/> Måste hjälpas			
Klär på sig			
<input type="checkbox"/> Självtändigt <input type="checkbox"/> Behöver hjälp <input type="checkbox"/> Måste hjälpas			
Syn, hörsel, minne			



Annat	
Hur mycket och hur ofta måste den vårdbehövande få hjälp med de dagliga funktionerna?	
Kan den vårdbehövande vara utan hjälp någon viss tid?	
Har den vårdbehövande under dagarna någon annan vårdplats (dagvårdsplats, skola e.dyl.), vilken?	
Har en anhörig (maka/make, förälder) lämnat förvärvsarbetet på grund av den vårdbehövandes handikapp eller sjukdom?	
Behandlande läkare/egenläkare	
Betalar FPA vårdbidrag? <input type="checkbox"/> Ja, _____ euro i månaden <input type="checkbox"/> Under arbete <input type="checkbox"/> Nej	
4 ANNAN SERVICE	
Får den vårdbehövande följande service: <input type="checkbox"/> Korttidsvård <input type="checkbox"/> Hemvård <input type="checkbox"/> Dagverksamhet	
5 TILLÄGGSUPPGIFTER	
6 SAMTYCKE	
Jag samtycker till att uppgifterna i ansökan ges till dem som deltar i vården: <input type="checkbox"/> Jag samtycker <input type="checkbox"/> Jag samtycker inte	
7 UNDERSKRIFT	
Datum	Sökandes underskrift samt namnförtydligande
8 PERSON SOM HJÄLPT TILL ATT FYLLA I ANSÖKAN	
Namn	
Tjänsteställning eller släktskap	Telefon

Blanketten returneras med bilagor (läkarens C-utlåtande) till:
Sjundeå kommun/Grundtrygghetsavdelningen/Närståendevård
Parkstigen 1, 02580 Sjundeå
Blanketten kan även lämnas till kommunhusets kansli.