Saltviks kommun

ANSÖKAN OM ÄLDREOMSORG

Äldreomsorgen

Sökande

Efternamn och förnamn	Personbeteckning
Adress	Telefon
E-postadress	GSM

Anhörig/intressebevakare

Namn	Telefon
Adress/e-post	GSM

Vad gäller ansökan?

□ Hemservice	□ Institutionsboende på Sunnanberg vårdhem
□ Matservice	□ Korttidsboende på Sunnanberg vårdhem
□ Trygghetstelefon	□ Dag-/ nattvård på Sunnanberg vårdhem
□ Annat	

Hälsotillstånd/information med anledning av ansökan

Behjälplig vid ansökan

Namn och telefon

När denna ansökan är inlämnad tar äldreomsorgschef kontakt med sökande för att utreda behovet av äldreomsorg. En arbetsgrupp bestående av äldreomsorgschef, ansvarig hemvårdare och sjukskötare på Sunnanberg samt vid behov hemsjukvården ÅHS ta ställning och utvärderar rätt vårdnivå.
Kundens egna önskemål beaktas så långt det är möjligt.

Jag samtycker till att äldreomsorgschefen, ansvarig hemvårdare eller sjukskötare på Sunnanberg vid behov begär kompletterande uppgifter om mitt vårdbehov från hemsjukvård, sjukhus eller annan källa.

Ort och datum_____, ___/___20__ Underskrift_____

Uppgifterna ges inte till utomstående. Om ansökan undertecknas av någon annan än den sökande bör orsak anges.

Ansökan returneras till Saltviks kommun
Äldreomsorgschef
Lillängs 14, 22320 Ödkarby