SALTVIKS KOMMUN

# ANSÖKAN OM ÄLDREOMSORG

## 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 |

Jag samtycker till att äldreomsorgschefen, omvårdnadsledare, 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