



SALTVIKS KOMMUN

ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD

Ansökan inkommit _____ / _____ 20_____

1 Person- uppgifter om den vård- behövande	Tillnamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon nr.
2 Person- uppgifter om vårdaren	Tillnamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon nr.
	Bankkonto	Yrke/arbetsplats eller tilltänt examen/skolans namn/examenår
	Sökande förvärvsarbetar/studerar <input type="checkbox"/> HELTID <input type="checkbox"/> DELTID <input type="checkbox"/> NEJ	
	Vårdarens förhållande till den vårdbehövande <input type="checkbox"/> MAK/MAKE <input type="checkbox"/> SON/DOTTER <input type="checkbox"/> ANNAN, VEM? _____	
	C-läkarintyg inlämnat <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> BIFOGAS	
	Vårdbehövande använder hjälpmedel? <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Annat, vad? _____	



SALTVIKS KOMMUN

<p>3</p> <p>Uppgifter om handikappet, sjukdomen och vårdbehov</p>	<p>Vårdbehövandes handikapp och/eller sjukdom</p>
<p>4</p> <p>Vårdbehov</p>	<p>Beskriv den vård och omsorg den vårdbehövande behöver hjälp med av dig.</p>
<p>5</p> <p>Underskrift</p>	<p>Ort och datum</p> <hr/> <p>Underskrift och namnförtydligande</p>