



SOCIALTJÄNSTEN

MELLERUDS
KOMMUN

ANSÖKAN OM BISTÅND

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		
Postadress	Telefonnummer	

ANSÖKAN AVSER

(Hemtjänst, korttidsboende, särskilt boende, trygghetslarm, kontaktperson, ledsagning
Avser ansökan hemtjänst specificera vad du ansöker om t ex städning, inköp, hygien etc)

SOCIAL SITUATION

(Familjeförhållanden, typ av bostad, arbete/har arbetat med, intressen)

HÄLSOTILLSTÅND/FUNKTIONSFÖRMÅGA

(Beskriv kortfattat om eventuella sjukdomar och vad som du har svårt att klara på egen hand i din vardag)

Vänd!

HJÄLPMEDEL

(Rollator, rullstol, käpp, hörapparat, glasögon etc)

NÄRMAST ANHÖRIG

(Namn och telefonnummer)

ÖVRIGT

Jag ger mitt samtycke till att få hämta information såväl muntlig som skriftlig från olika myndigheter av betydelse för att underlätta utredningen av min ansökan.

Ja **Nej**

UNDERSKRIFT

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifter och förhållanden som jag lämnat i denna ansökan är fullständiga och sanningsenliga.

.....
Datum

.....
Sökandens underskrift

Behjälplig vid ansökan

.....
Namn

.....
Telefonnummer dagtid

Ansökan skickas till:
Melleruds kommun
Socialnämnden
Biståndsenheten
464 80 MELLERUD