



SUNDS KOMMUN
Omsorgsnämnden
ÄLDREOMSORGEN

ANSÖKAN OM HEMSERVICE/ STÖDTJÄNSTER

Namn: _____ Pers.sign: _____

Adress: _____

Telefonnummer _____

Datum och underskrift: _____

Sökandes sjukdomar:

Syn: normal

Hörsel: normal

Har viss svårighet att röra sig obehindrat:

- använder käpp
- använder kryckor
- använder annat gånghjälpmedel (t.ex. rullator, gästöd, etc.)

Rörelseförmågan är tillfälligt nedsatt under tiden: _____

Vad ansöker ni om:

Har ni tidigare ansökt hemservice? Vad?

-----****-----

Bedömning av vårdbehovet. _____

Beslut: _____ Beviljas Beviljas inte

Datum: _____ Varaktigt För viss tid _____

Beslutsfattare: _____

Underskrift och tjänsteställning

Vid behov av medicinsk bedömning skickas blanketten vidare till hälsocentral eller behandlande läkare.