



Skicka blanketten till

Vård- och omsorgsförvaltningen
251 89 Helsingborg

Den här blanketten är till för dig som har behov av vård och omsorg och vill göra en ansökan om insatser enligt Socialtjänstlagen.

1. Personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer (inkl. riktnr.)

2. Insats/insatser ansökan avser

Sätt ett kryss i en eller flera rutor bredvid den/de insatser som du avser ansöka om.

- ☐ Hemvård
- ☐ Hemservice
- ☐ Vårdboende
- ☐ Trygghetslarm (För att få trygghetslarmet installerat krävs att du lämnar ut en nyckel till din bostad och tillåter att ett digitalt lås installeras, så att hemvården kan komma in om du larmar)
- ☐ Annat (ange vad här nedan)

3. Orsak till ansökan

Förklara varför du ansöker om följande insats/insatser.



4. Val av leverantör vid hemvård och/eller trygghetslarm

Sätt ett kryss i den rutan med leverantör som du vill ska hjälpa dig med hemvården och/eller trygghetslarmet.

☐

Attendo AB

☐

Vård- och omsorgsförvaltningen - kommunal utförare

5. Val av leverantör vid hemservice

Sätt ett kryss i den rutan med leverantör som du vill ska hjälpa dig med hemservice.

☐

AMI Hushållsnäratjänst AB

☐

Femtiofemplus AB

Norlandia Hemservice AB

Attendo AB

☐

Savannha städ-, entreprenad- och kringsservice AB

☐

Städkompaniet Öresund AB

☐

Vardagshjälten Skåne AB

☐

Vård- och omsorgsförvaltningens Hemservice

Minvilja AB

6. Pågående insatser i hemkommun (endast vid ansökan från annan kommun)

Sätt ett kryss i en eller flera rutor bredvid de insatser som du har pågående i din hemkommun.

☐

Trygghetslarm

☐

Hemtjänst

☐

Dagverksamhet

☐

Korttidsvård

☐

Särskilt boende

☐

Inga insatser

7. Uppgifter från andra myndigheter

För att vi ska kunna behandla din ansökan, kan vi behöva hämta uppgifter från andra instanser. Detta görs enbart efter överenskommelse med dig. Sätt ett kryss i den/de rutor för instanser du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

☐

Biståndshandläggare

☐

God man/förvaltare

☐

Anhöriga

☐

Omvårdnadspersonal

☐

Läkare

☐

Annat (ange vad här nedan)



8. Kontaktuppgifter

Anhörig

Relation	Förnamn och efternamn	Telefonnummer
----------	-----------------------	---------------

God man/förvaltare

Förnamn och efternamn	Telefonnummer
-----------------------	---------------

Biståndshandläggare i hemkommun (endast vid ansökan från annan kommun)

Förnamn och efternamn	Telefonnummer
-----------------------	---------------

9. Fullmakt

Har du som anhörig en fullmakt för personen som ansökan avser?

☐ Ja ☐ Nej

10. Kontakt

Ange vem du/ni önskar att vi kontaktar när ansökan behandlats.

☐ Sökande
☐ Någon annan (ange vem här nedan)

Förnamn och efternamn	Telefonnummer (inkl. riktnr.)
-----------------------	-------------------------------

11. Underskrift

Härmed intygar jag att ovanstående uppgifter är korrekta.

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Information om behandling av personuppgifter

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig som du lämnar in i denna tjänst. Personuppgifterna behandlas för att vi ska kunna bedöma om du är berättigad till hjälp och stöd enligt socialtjänstlagen och sedan för att kunna utföra dessa insatser.

Vi kan även komma att dela personuppgifter med andra myndigheter om vi är skyldiga att göra det enligt lag. Personuppgiftsansvarig är vård- och omsorgsnämnden i Helsingborgs stad. Du kan läsa mer på helsingborg.se eller kontakta oss om du vill veta mer om hur vi behandlar dina personuppgifter.