BENGTSFORS KOMMUN

# Ansökan om vård och omsorg

## Personuppgifter sökande

| Förnamn (tilltalsnamn) | Efternamn | Personnummer (10 siffror) |
|---|---|---|
| Gatuadress | Postnummer | Ort |
| Telefonnummer | E-postadress | |

## Personuppgifter medsökande

| Förnamn (tilltalsnamn) | Efternamn | Personnummer (10 siffror) |
|---|---|---|

## Företrädare

Fyll i uppgifter nedan om du har någon som företräder dig i frågor gällande din ansökan

☐ God man

☐ Förvaltare

☐ Ombud

☐ Framtidsfullmakthavare

☐ Behörig anhörig enligt föräldrabalken

| Förnamn (tilltalsnamn) | Efternamn | |
|---|---|---|
| Gatuadress | Postnummer | Ort |
| Telefonnummer | E-postadress | |

## Anhörig

Fyll i uppgifter nedan om du har någon anhörig eller annan person som kan hjälpa handläggaren att komma i kontakt med dig vid frågor som rör din ansökan.

| Namn | Relation | Telefonnummer |
|---|---|---|
| ☐ Jag ger mitt samtycke att ni får kontakta personen och utbyta information om mig och min ansökan | | |
| Namn | Relation | Telefonnummer |
| ☐ Jag ger mitt samtycke att ni får kontakta personen och utbyta information om mig och min ansökan | | |


Bengtsfors kommun

E-post
kommun@bengtsfors.se

Telefon
0531-52 60 00

Fax

Hemsida
www.bengtsfors.se

Postadress
Box 14
666 21 Bengtsfors

Besöksadress
Majbergsvägen 1

Organisationsnr
212000-1470

BENGTSFORS KOMMUN

# Ansökan om vård och omsorg

## Ansökan avser

Här anger du om du till exempel söker om hemtjänst, särskilt boende, kontaktperson och/eller ledsagning. Om ansökan avser hemtjänst, specificera vad du ansöker om, till exempel städ, inköp, hygien eller annat du behöver stöd med.

## Berätta mer om dig själv

| |
|---|
| Social situation, till exempel familjeförhållande och typ av bostad |
| Hälsotillstånd – Funktionsförmåga, beskriv kortfattat om eventuella sjukdomar och vad du har svårt att klara på egen hand i din vardag |
| Använder du några hjälpmedel? Till exempel rollator, rullstol, käpp, hörapparat |

## Underskrifter

Jag medger att Bengtsfors kommun får inhämta de uppgifter som är nödvändiga för att utreda mitt behov av insatser.

| | |
|---|---|
| Ort och datum | Ort och datum |
| Underskrift sökande | Underskrift medsökande |
| Namnförtydligande | Namnförtydligande |

**Blanketten skickas till:**

Biståndsenheten
Dalslands sjukhus
668 40 Bäckefors

**Behandling av personuppgifter**

De personuppgifter du lämnar är nödvändiga för att vi ska kunna hantera din ansökan. Personuppgiftsbehandlingen baseras på dataskyddsförordningen, artikel 6 punkt 1e: ”Behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning.”

Mer information om hur vi hanterar dina personuppgifter hittar du på www.bengtsfors.se