|  |  |
| --- | --- |
| G:\Gemensam\Logotyper\Svartvita\OM\Omsorg_vanster_sv.eps | ANSÖKAN OM HEMTJÄNSTgenom förenklad handläggning enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen för personer 75 år och äldre. |

 Kalmar kommun

 Avd myndighet

 Trädgårdsgatan 20

 392 35 Kalmar

**Personuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Sökande | Personnummer |
|       |       |
| Övriga personer i hushållet | Relation |
|       |       |
| Adress | Telefonnummer |
|       |       |
| Postadress | Telefonnummer, mobil |
|       |       |
| Närstående | Telefonnummer |
|       |       |
| Närstående | Telefonnummer |
|       |       |

**Ansökan avser**

|  |
| --- |
| **[ ]** Städning - 2 rum och kök varannan vecka[ ]  Inköp - i form av samordnad hemhandling eller internethandling[ ]  Tvätt och klädvård - 1 gång var tredje vecka i form av tvättpaket[ ]  Matdistribution[ ]  TrygghetslarmOm du vill ansöka om andra insatser, eller annan omfattning av ovanstående insatser, kontakta biståndshandläggaren via Kalmar kommuns växel 0480-45 00 00. |

|  |
| --- |
| Hemtjänstpersonalen arbetar utifrån ett reabiliterande förhållningssätt, vilket innebär att de tar tillvara dina resurser och uppmuntrar dig till att så långt det är möjligt klara dig självständigt. |

**Orsak till ansökan**

|  |
| --- |
| Beskriv ditt hälsotillstånd och på vilket sätt det försvårar för dig att utföra de insatser du ansöker om.      |
| Här kan du skriva annan viktig information. |

|  |  |
| --- | --- |
| Har du husdjur?[ ]  Ja [ ]  Nej | Röker du?[ ]  Ja [ ]  Nej |

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för att hantera ärendet kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PUL) och jag försäkrar att mina personliga uppgifter är sanningsenliga.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum | Namnteckning |