

**Förenklad ansökan av vissa insatser
enligt Socialtjänstlagen (SoL) 4kap 1§**

De lämnade uppgifterna dataregistreras enligt Personuppgiftslagen (PuL) § 10.
Dataregistret används för administration hos avdelningen Äldre- och Funktionshinder.
För information och rättelse i registret vänder man sig till adressen längst ned på
blanketten.

Insändes till adressen längst ner på sidan. Jag samtycker till att ansökan kommer att hanteras via mail**Personuppgifter**

Sökande, för- och efternamn		Personnummer
Sammanboende med		Personnummer
Adress		Postadress
Telefon)	Mobiltelefon	E-postadress

Kontaktuppgifter till Anhörig/Godman/Annan företrädare

För- och efternamn	
Telefon	Mobiltelefon

Sökande, Beskriv din hälsosituation/funktionsnedsättning

Beskriv anledning till behov.

Var god fyll i namn och personnummer

Sökande, för- och efternamn	Personnummer
-----------------------------	--------------

Städning

Städning 1 r o kök/tredjevecka <input type="checkbox"/> 1 tim/tillfälle	Städning 2 ro kök/tredje vecka <input type="checkbox"/> 1 ½ tim/tillfälle
Fönsterputs <input type="checkbox"/> Fönsterputs 1 gång/år	

Trygghetslarm

<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
--

Inköp och ärenden

Inköp 1 gång/vecka av hemtjänst <input type="checkbox"/> 50 minuter/vecka	Ärende <input type="checkbox"/> 1-2 ggr/mån
--	--

Tvätt

Tvättstuga <input type="checkbox"/> 45 minuter varannan vecka	Tvätt i bostad <input type="checkbox"/> 30 minuter varannan vecka
--	--

Renbäddning

Renbäddning		
<input type="checkbox"/> varannan vecka	<input type="checkbox"/> Var tredje vecka	<input type="checkbox"/> 1 gång/månad

Jag/vi väljer hemtjänstutförare

Val av hemtjänstutförare, se kundvalskatalogen.

Kundkatalogen finns att hämta i receptionerna i Kommunhuset, Posthuset och Kvarnhuset, Se webbplats (www.jarfalla.se) eller servicecenter på Riddarplatsen 5.

Avgifter, se avgiftskatalogen.

Vänligen bifoga inkomstblankett.

<input type="checkbox"/> Jag försäkrar att mina personliga uppgifter är sanningsenliga
<input type="checkbox"/> Jag lämnar samtycke till att den valda utföraren får ta del av detta dokument för att kunna planera och genomföra insatserna.
<input type="checkbox"/> Jag lämnar mitt samtycke till att de lämnade uppgifterna dataregistreras enligt Personuppgiftslagen (PUL) § 10. Dataregistret används för administration avdelningen Äldre- och Funktionshinder. För information och rättelse i registret vänder man sig till adressen längst ner på blanketten.

Namnteckning, försäkran om uppgifter

Ort och datum	
Sökande/Företrädare, namnteckning	Namnförtydligande
<input type="checkbox"/> Muntlig ansökan mottagen av	Ort och datum
<input type="checkbox"/>	
Tillägg, ifylles av handläggare	