



Skicka blanketten till  
**Vård- och omsorgsförvaltningen**  
**Carl Westmans allé 5**  
**251 89 Helsingborg**

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

### 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.

- Särskilt boende
- Hemtjänst
- Trygghetslarm (extranyckel till bostaden krävs, så personal kan komma in om du larmar)
- Annat (ange vad här nedan)

### 3. Orsak till ansökan

Förklara varför du ansöker om följande insats/insatser.



#### 4. Kontaktuppgifter

##### Anhörig

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

##### God man/förvaltare

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

##### Biståndshandläggare i hemkommun

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

#### 5. Framtidsfullmakt

Har du som anhörig en framtidsfullmakt för personen som behöver hjälp?

Ja

Nej

#### 6. Pågående insatser i hemkommun

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trygghetslarm | <input type="checkbox"/> Hemtjänst       | <input type="checkbox"/> Dagverksamhet |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvård  | <input type="checkbox"/> Särskilt boende | <input type="checkbox"/> 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. Markera med kryss för vilka instanser du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biståndshandläggare        | <input type="checkbox"/> God man/förvaltare | <input type="checkbox"/> Anhöriga |
| <input type="checkbox"/> Omvårdnadspersonal         | <input type="checkbox"/> Läkare             |                                   |
| <input type="checkbox"/> Annat (ange vad här nedan) |   |                                   |

--



VÄND



HELSINGBORG

## 8. Kontakt

Ange vem du/ni önskar kontaktas när din/er ansökan behandlats.

- Sökande
- Någon annan (ange vem här nedan)

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

## 9. Underskrift

Härmed intygar jag att ovanstående uppgifter är korrekta.

Datum	Namnteckning

### 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 [här](#) eller kontakta oss om du vill veta mer om hur vi behandlar dina personuppgifter.

