



Eskilstuna  
kommun

## Ansökan om insatser i hemmet

Ankomststämpel
----------------

### Personuppgifter

Sökandes efternamn och förnamn	Personnummer
Make/maka/registrerad partner/sammanboende	Personnummer
<input type="checkbox"/> Gift/registrerad partnerskap <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Inneboende	
Bostadsadress	Telefon (dagtid)
Postnummer och ort	

### Språk

Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk
--	-------

### Övriga i hushållet

Namn	Födelseår

### Anhöriga/Närstående

Namn	Telefonnummer

### Bostad

<input type="checkbox"/> Hyreslägenhet <input type="checkbox"/> Bostadsrättslägenhet <input type="checkbox"/> Egen fastighet <input type="checkbox"/> I andra hand			
<input type="checkbox"/> Bostadsanpassning utfört	Vad?		
Antal rum	Trappor	Hiss	Avstånd till mataffär

### Hälsosituation


### Rörlighet


## Till vad söker ni hjälp?


## Hur tillgodoses behoven idag?


### Information

Biståndsprövning enligt SoL Socialtjänstlagen innebär att biståndet är belagt med avgift. Avgiften är baserad på din inkomst.

## Samtycke

Jag ger samtycke till att mina uppgifter verifieras genom att kontakt tas med läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut eller annan vårdgivare eller myndighet.

Jag har informerats om att Vuxenförvaltningen inom Eskilstuna kommun kommer att registrera personuppgifterna i ansökan enligt **PUL Personuppgiftslagen §25**. Jag medger att uppgifterna får lagras och bearbetas i register av förvaltning/nämnd. Jag har rätt att begära utdrag och rättelse.

Ort och datum
Namnteckning sökande
Namnförtydligande

Ort och datum
Namnteckning medsökande
Namnförtydligande

## Behjälplig vid ansökan

Namn	Telefon
------	---------

### Blanketten skickas/lämnas till:

Vuxenförvaltningen  
Myndighetskontoret  
Biståndshandläggare, yngre  
Fröslunda centrum  
631 86 Eskilstuna