



FÖGLÖ KOMMUN

Ansökan inkommit: _____ Diarie nr: _____

ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD FÖR VÅRDBEHÖVANDE FRÅN 65 ÅR

Personuppgifter om den vårdbehövande	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon nr
Personuppgifter om vårdaren	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon nr
	Bankkonto nr	Yrke/arbetsplats
	Sökande förvärvsarbetar/studerar?	
	Arbetar <input type="checkbox"/>	Studerar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Heltid <input type="checkbox"/>	Deltid <input type="checkbox"/>
Vårdarens förhållande till den vårdbehövande		
Make/maka <input type="checkbox"/>	Son/dotter <input type="checkbox"/> Annan, vem? <input type="checkbox"/>	
C-läkarintyg inlämnat		
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/>	

	<p>Den vårdbehövande använder hjälpmedel?</p> <p>Rullstol <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/></p>
<p>Uppgifter om handikappet, sjukdomen och vårdbehov</p>	<p>Vårdbehövandes handikapp och/eller sjukdom</p>
<p>Vårdbehov</p>	<p>Beskriv den vård och omsorg den vårdbehövande behöver hjälp med av dig.</p>
<p>Underskrift</p>	<p>Ort och datum Underskrift och namnförtydligande</p> <p>_____</p>