

Hemtjänstinsatser för personer över 75 år genom förenklad biståndsbedömning

Hur går det till att ansöka?

Besvara frågorna på denna blankett och kryssa för vilket stöd du söker. Om ansökan avser fler än en person i hushållet ska en blankett lämnas in för respektive person.

Du kan också ringa till oss för att få hjälp att fylla i ansökan. På vardagar kan du alltid komma i kontakt med oss via kommunens kundtjänst, 0910-73 50 00, tryck 1

Ansökan skickar du till Skellefteå kommun, Socialkontoret, Vård och omsorgsavdelningen, 931 85 Skellefteå.

När ansökan kommit in kontaktas du av en biståndshandläggare.

Beslut

Du får ett beslut som gäller som längst i ett år. Vill du efter den tiden fortsätta ha hemtjänst enligt förenklad biståndsbedömning gör du en ny ansökan.

Ansökan om hemtjänstinsatser för personer över 75 år genom förenklad biståndsbedömning

Uppgifter om sökanden

Om sökanden avser fler än en person i hushållet ska en blankett lämnas in för respektive person.

Sökande

Namn:

Personnummer:

Telefon:

Make/maka/sambo/registerad partner/inneboende

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postadress:

Hur bor du?

Villa/radhus Lägenhet

Finns trappor? Ja Nej

Finns hiss? Ja Nej

Du kan söka om upp till 8 timmar hemtjänstinsatser per månad. Du betalar för det stöd du får enligt Skellefteå kommuns hemtjänsttaxa. Vid behov av insatser utöver 8 timmar per månad sker en traditionell utredning.

Behov av

Serviceinsatser

Städning var tredje vecka (2 rum och kök) Tvätt var tredje vecka Följe vid inköp av sällanvaror, 1-2 ggr/år

Om man är make eller maka, sammanboende eller registrerad partner har man ett gemensamt ansvar för arbetsuppgifter i hemmet. Det innebär att man i normalfallet inte beviljas stöd med städning, tvätt, matlagning, inköp eller ärenden om den ena parten klarar av att utföra dessa.

Omsorgsinsatser

Matdistribution, antal matportioner/månad

15-60 matportioner per månad, ange antal

Renbäddning, var tredje vecka

Avlösning i hemmet, 1 gång/vecka

Stöd vid personlig hygien

Utevistelse/sociala aktiviteter, 1 gång/vecka

Orsak till ansökan, ange hälsotillstånd/funktionshinder**Beskriv på vilket sätt detta påverkar din vardag****Beskriv vad du behöver stöd och hjälp med, i vilka moment****Uppgifter om närstående**

Namn:

Telefonnummer:

Relation (dotter, son, vän etc.):

Jag försäkrar att mina personliga uppgifter är sanningsenliga. De uppgifter du lämnar hanteras enligt bestämmelser i lagen om offentlighet och sekretess.

Dina personuppgifter behandlas enligt GDPR. För att läsa mer om hur dina personuppgifter behandlas kan du gå till www.skelleftea.se/gdpr

.....
Ort och datum.....
Namnteckning**Vård och omsorgsavdelningens noteringar**