



Lumparlands kommun

ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD VÅRDBEHÖVANDE FRÅN 18 ÅR

Ansökan inkommit ___/___20___

| | | | |
|--|---|---|------------------|
| 1 PERSON- UPPGIFTER OM DEN VÅRD- BEHÖVANDE | Tillnamn och förnamn | | Personbeteckning |
| | Adress | | Telefon nr. |
| 2 PERSON- UPPGIFTER OM VÅRDAREN | Tillnamn och förnamn | | Personbeteckning |
| | Adress | | Telefon nr. |
| | Bankkonto | Yrke/arbetsplats eller tilltänkt examen/ skolans namn/examen, år | |
| | Sökande förvärvsarbetar/studerar <input type="checkbox"/> HELTID <input type="checkbox"/> DELTID <input type="checkbox"/> NEJ | | |
| 3 UPPGIFTER OM HANDI- KAPPET / SJKDO- MEN | Vårdarens förhållande till den vårdbehövande <input type="checkbox"/> MAKA/MAKE <input type="checkbox"/> SON/DOTTER <input type="checkbox"/> ANNAN, VEM? _____ | | |
| | C-läkarintyg inlämnat <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> BIFOGAS | | |
| Vårdbehövande använder hjälpmedel? Rullstol <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Annat, vad? _____ | | | |

| | |
|-----------------------|---|
| | Vårdbehövandes handikapp och/eller sjukdom |
| 4 VÅRDBEHOV | Beskriv den vård och omsorg den vårdbehövande behöver hjälp med av dig. |
| 5 UNDER- SKRIFT | Ort och datum Underskrift och namnförtydligande |