



Lumparlands kommun

ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD VÅRD-BEHÖVANDE UNDER 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		Vårdnadshavare till barnet <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	Annat vårdnadshavare		Sökande förvärvsarbetar/studerar <input type="checkbox"/> HELTID <input type="checkbox"/> DELTID <input type="checkbox"/> NEJ
	Yrke/arbetsplats eller tilltänkt examen/skolans namn/examensår		
3 UPPGIFTER OM HANDI- KAPPET / SJUKDO- MEN	Vårdarens förhållande till den vårdbehövande <input type="checkbox"/> MOR <input type="checkbox"/> FAR <input type="checkbox"/> ANNAT, VAD? _____		
	Sökande vårdnadshavare till totalt antal barn under 18 år		
	Boende hos vårdnadshavaren _____ st. Umgängesförälder till _____ st. barn		
	Sökande är: sammanboende <input type="checkbox"/> ensamstående <input type="checkbox"/>		
	Vårdbehövandes boende: Bor <u>heltid</u> hos sökande <input type="checkbox"/> Annat, hur? _____		
	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