SVENLJUNGA KOMMUN

Ansökan om anhörigstöd

Sökande

Sökandens namn	Personnummer
Postadress (gata, box etc.)	Postnummer och ort
E-postadress till sökanden	Telefon dagtid
Kontaktperson	Relation till sökande
E-postadress till kontaktperson	Telefon dagtid

Jag vill ansöka om

☐ Växelvård	☐ Dagvård	☐ Avlösning i hemmet
Annat anhörigstöd		

Orsak till att jag behöver stöd

Jag har detta stöd från Svenljunga kommun idag

Svenljunga kommun • 512 80 Svenljunga
0325-180 00 •
socialforvaltningen@svenljunga.se

Jag har detta stöd från en annan kommun idag (uppge från vilken kommun och vilket stöd du får)

Behöver du tolk?

☐ Ja ☐ Nej	På vilket språk?

Samtycke

Vi behöver ditt samtycke för att kunna inhämta de uppgifter som behövs för att behandla din ansökan. Jag samtycker till att nödvändiga uppgifter om mig får inhämtas från:				
☐ Närstående	☐ Legal företrädare	☐ Hemsjukvård /sjuksköterska	☐ Hemsjukvård /Rehab	☐ Annan, vem?
☐ Vårdcentral	☐ Sjukhus	☐ Specialistmottagning, ange vilken	☐ Annan, vem?	

Underskrift sökande

Datum	Sökandes underskrift	Namnförtydligande

Underskrift närstående

Datum	Närståendes underskrift	Namnförtydligande

Information

Blanketten skickas till

Svenljunga kommun, socialförvaltningen, 512 80 Svenljunga

Så behandlar vi dina personuppgifter

Vi behandlar dina personuppgifter som underlag för att handlägga ärendet. Den lagliga grunden för behandlingen är myndighetsutövning. På www.svenljunga.se/gdpr kan du läsa mer om hur Svenljunga kommun hanterar personuppgifter.