



## ANÖSKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD

Vårdarens personuppgifter	Namn	Personnummer
	Adress	Telefon
Vårdbehövandes personuppgifter	Namn	Personnummer
	Adress	Telefon
	Släktförhållande till vårdare? Vilket?	
Vårdbehövandes näromgivning	<input type="checkbox"/> Bor hemma <input type="checkbox"/> med en släkting <input type="checkbox"/> med någon annan? Vem?	
	Erhålls hemservice? Hur ofta?	
	Erhålls hemsjukvård? Hur ofta?	
Vårdbehovet	<p><b>VÅRDBEHÖVANDE</b></p> <p>Behöver ständig vård och omvårdnad eller tillsyn</p> <p>Behöver hjälp med <input type="checkbox"/> daglig hygien <input type="checkbox"/> påklädning <input type="checkbox"/> toalettbesök <input type="checkbox"/> måltider</p> <p><input type="checkbox"/> Har minnesluckor, orolig <input type="checkbox"/> Vet inte tid, plats <input type="checkbox"/> Behöver skötsel och vård på natten <input type="checkbox"/> Vårdarbete förutsätter heldagsarbete <input type="checkbox"/> Kan vara ensam under vissa tider <input type="checkbox"/> Kan vara större delen av dygnet ensam</p> <p>Den vårdade är i fortlöpande vård, var? _____</p> <p>Den vårdade är delvis i vård, var? _____</p>	

Tilläggs information	Av FPA beviljad förmån Vårdbidrag _____ €  <input type="checkbox"/> Jag tillåter att uppgifter kan begäras in av andra myndigheter för behandling av detta ärende.
Underskrift	Datum _____  _____ Sökande eller hans/hennes representant
Bilagor som lämnas in tillsammans med ansökan:	– <b>Läkarutlåtande eller annan sakkunnigs utlåtande</b> – <b>Fritt formulerad ansökan</b> – <b>Skattekort</b>

Vid behov, vänligen skriv tilläggsinformation nedan:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

*Efter att ansökan har behandlats skickas ett avtal hem per post, vilket ska undertecknas av närståendevårdaren. För att sedan returneras till kommunkansliet.  
 Den första utbetalningen sker efter att **samtliga bilagor och avtalet** finns oss tillhanda.  
**Dock högst 6 månader bakåt från ansökningsdagen.***