



Staffanstorps
kommun

Ansökningsblankett förenklad biståndsbedömning

Kriterier för ansökan genom förenklad biståndsbedömning:

- Du ska ha uppnått åldern 75 år
- Du ska vara folkbokförd i Staffanstorps kommun

Kontaktuppgifter sökande

Sökandes namn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer
Ort	Telefonnummer eller mobilnummer
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vid ja, vilket språk
Civiltillstånd <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Sammanboende	Relation _____
Har du god man eller förvaltare, vänligen bifoga ditt ställföreträdande till ansökan.	Kontaktuppgifter Namn: Telefonnummer:

Jag lämnar inte samtycke till att anhörig får kontaktas

Jag lämnar samtycke till att anhörig får kontaktas

Namn	Telefonnummer eller mobilnummer
Relation	

Ansökan avser

Jag vill ansöka om (välj en eller flera)

- Städning av bostaden en gång var tredje vecka
- Tvätt en gång varannan vecka
- Inköp avser inköp av dagligvaror i webbutik en gång i veckan

Val av utförare

- Agaten hemtjänst
 - Förenade Care hemtjänst
 - Olivia hemomsorg
 - Städntanten
- Jag lämnar mitt samtycke till att den valda utföraren får ta del av uppgifterna från detta dokument, för att kunna planera och genomföra stödet.

Samtycke och försäkran

Jag försäkrar att de lämnade uppgifterna är kompletta och korrekta. Jag är medveten om att jag är skyldig att meddela ändrade förhållanden som kan påverka mina ärenden. Jag lämnar mitt samtycke till att de lämnade uppgifterna dataregistreras enligt dataskyddsförordningens (GDPR:s) krav. Dataregistret används för administration inom Omsorgsförvaltningen.

Jag är införstådd med behandlingen av mina personuppgifter

Underskrift/ försäkran att lämnade uppgifter är riktiga

Ort och datum	Namnsteckning
---------------	---------------

Ansökan skickas till

Omsorgsförvaltningen
Myndighetsenheten, Mottaget
Staffanstorps kommun
245 80 Staffanstorp