



Ansökan inkom \_\_\_\_\_

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefon:
Anhörig:	Telefon:

Markera i rutan sökta insatser. Information finns i broschyren och på Ronneby kommuns hemsida **www.ronneby.se**

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hemtjänst       | <input type="checkbox"/> Nattinsats | <input type="checkbox"/> Dagverksamhet    |
| <input type="checkbox"/> Trygghetslarm   | <input type="checkbox"/> Ledsagning | <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse |
| <input type="checkbox"/> Matdistribution | <input type="checkbox"/> Avlösning  | <input type="checkbox"/> Växelvård        |

Beskriv varför Du vill ansöka om hemtjänst.

Fortsätt på baksidan om raderna inte räcker

**Information om behandling av personuppgifter**

Vård- och omsorgsnämnden behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR). Om du vill veta mer hur dina personuppgifter behandlas kan du gå in på [www.ronneby.se/gdpr](http://www.ronneby.se/gdpr).

*Underskrift av sökanden*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

**Samtycke**

Jag godkänner att Vård- och omsorgsförvaltningen i Ronneby kommun inhämtar uppgifter nödvändiga för bedömning av rätt till sökta insatser från Försäkringskassan, primärvården eller Individ- och familjeomsorgen mfl.

- Ja     Nej



**Ansökan inkom \_\_\_\_\_**

Fortsättning \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_