



## Byte av hemtjänstutförare

\* Obligatoriska fält

### 0 Introduktion

0.1 Genom att jag klickar "Slutför" i sista steget av denna e-tjänst, eller skriver ut och skickar in underskriven pappersblankett, är jag medveten om att de personuppgifter jag angett kommer behandlas av Lidingö stad för handläggning av detta ärende. Läs mer på [www.lidingo.se/gdpr](http://www.lidingo.se/gdpr) om hur Lidingö stad hanterar personuppgifter.\*

Ja

**1 Personuppgifter fullmaktsinnehavare eller hemtjänstmottagare**

1.1 Personnummer*
1.2 Förnamn*
1.3 Efternamn*
1.4 Gatuadress*
1.5 Postnummer*
1.6 Ort*
1.7 Mejladress*
1.8 Telefonnummer*
1.9 Mobiltelefonnummer
1.10 Namn på make, maka eller sambo (om du söker för egen räkning)
1.11 Jag ansöker om hemtjänst* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> För egen räkning <input type="checkbox"/> För annan person (fullmakt krävs)
1.12 Har någon ytterligare person hjälpt dig att fylla i formuläret?*(Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

1.13

**Hemtjänstutförare**

1.14 Fyll i den hemtjänstutförare du har idag*
1.15 Fyll i den hemtjänstutförare du vill byta till*

## 2 Hemtjänst mottagare

2.1 Om du ansöker för annan person bifoga godkänd kopia av fullmakt.\*

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

2.2

## Personuppgifter för hemtjänstmottagare

2.3 Personnummer\*

2.4 Förnamn\*

2.5 Efternamn\*

2.6 Adress\*

2.7 Postnummer\*

2.8 Ort\*

2.9 Telefonnummer\*

2.10 Mobiltelefonnummer

2.11 Mejladress

## 3 Kontaktuppgifter till personen som hjälpt till med blanketten

3.1 Förnamn\*

3.2 Efternamn\*

3.3 Telefonnummer\*

3.4 Mejladress

## Sökandes underskrift

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift



## Anvisningar för blankett

### Introduktion

Uppgifter som du behöver ha innan du börjar fylla i detta formulär är:

- Namnet på den hemtjänstutförare du valt
- Kontaktuppgifter på fullmaktsinnehavare, god man etc
- Kopia på fullmakten (om fullmaktsinnehavare finns)

Om du väljer att fylla i en papperskopia och skriva under ska den skickas till:

Lidingö stad  
Omsorgs- och socialförvaltningen  
181 82 Lidingö

### Anvisningar för fält

**0.1 Genom att jag klickar "Slutför" i sista steget av denna e-tjänst, eller skriver ut och skickar in underskriven pappersblankett, är jag medveten om att de personuppgifter jag angett kommer behandlas av Lidingö stad för handläggning av detta ärende. Läs mer på [www.lidingo.se/gdpr](http://www.lidingo.se/gdpr) om hur Lidingö stad hanterar personuppgifter.**

Beskrivning

Ja

**1 Personuppgifter fullmaktsinnehavare eller hemtjänstmottagare**

**1.11 Jag ansöker om hemtjänst**

Beskrivning

För egen räkning

För annan person (fullmakt krävs)

**1.12 Har någon ytterligare person hjälpt dig att fylla i formuläret?**

Beskrivning

Ja



Nej

## 2 Hemtjänst mottagare

## Anvisningar för fält

### 2.1 Om du ansöker för annan person bifoga godkänd kopia av fullmakt.

Det måste finnas minst 1 fil(er) som innehåller **Godkänd kopia av intyg för fullmaktsinnehavare, god man eller förvaltare**

## 3 Kontaktuppgifter till personen som hjälpt till med blanketten

## 4 Sammanfattningssida

## 5 Sign

## 6 Tacksida