



Ansökan om vård- och omsorgsboende, servicehus och korttidsboende

* Obligatoriska fält

0 Introduktion

0.1 Genom att jag klickar "Slutför" i sista steget av denna e-tjänst 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 om hur Lidingö stad hanterar personuppgifter.*

Ja



1 Dina uppgifter

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 Ansöker du för dig själv eller för någon annan?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Mig själv <input type="checkbox"/> Någon annan
1.11 Har någon hjälpt till att fylla i formuläret* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1.12 Har sökande någon fullmaktshavare, god man eller förvaltare* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja, jag som ansöker är fullmaktshavare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej



2 Sökandens personuppgifter

2.1 Personnummer*
2.2 Förnamn*
2.3 Efternamn*
2.4 Gatuadress*
2.5 Postnummer*
2.6 Ort*
2.7 Mejladress*
2.8 Telefonnummer*
2.9 Mobiltelefonnummer

3 Person som hjälpt att fylla i formuläret

3.1 Förnamn*
3.2 Efternamn*
3.3 Telefonnummer*
3.4 Mejladress*



4 Fullmaktsinnehavare

4.1 Personnummer*
4.2 Förnamn*
4.3 Efternamn*
4.4 Mejladress*
4.5 Telefonnummer*
4.6 Mobiltelefonnummer
4.7 Bifoga godkänd kopia av intyg för fullmaktsinnehavare, god man eller förvaltare.* <input type="text"/> Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

5 Boende

5.1 Typ av boende* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Vård- och omsorgsboende <input type="checkbox"/> Korttidsboende (utförare kan ej väljas) <input type="checkbox"/> Servicehus (utförare kan ej väljas)



6 Första och andrahandsval

6.1 Jag avstår från att välja utförare)* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

6.2 Förstahandsval för vård- och omsorgsboende

6.3 Andrahandsval för vård- och omsorgsboende

7 Behov

7.1 Beskriv i korthet ditt/dina behov. Du kan behöva komplettera din ansökan med intyg som styrker dessa

7.2 Jag tillåter att uppgifter som är nödvändiga för att biståndshandläggare ska kunna fatta ett beslut hämtas från Försäkringskassan, sjukvården, socialtjänsten.* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Anvisningar för blankett

Introduktion

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

- Vid val av vård och omsorgsboende se sidor under www.lidingo.se
- Kontaktuppgifter på fullmaktsinnehavare, god man etc
- Kopia på fullmakten

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 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 om hur Lidingö stad hanterar personuppgifter.

Beskrivning

Ja

1 Dina uppgifter

1.10 Ansöker du för dig själv eller för någon annan?

Beskrivning

Mig själv

Någon annan

1.11 Har någon hjälpt till att fylla i formuläret

Beskrivning

Ja

Nej

1.12 Har sökande någon fullmaktshavare, god man eller förvaltare **Beskrivning**

Ja, jag som ansöker är fullmaktshavare

Ja

Nej

2 Sökandens personuppgifter**3 Person som hjälpt att fylla i formuläret****4 Fullmaktsinnehavare****5 Boende**

Om du ansöker om vård- och omsorgsboende kan du välja vilken utförare du vill ha. Se sidor under www.lidingo.se.

Om du behöver mer information kan du kontakta en biståndshandläggare.

Anvisningar för fält**5.1 Typ av boende** **Beskrivning**

Vård- och omsorgsboende

Servicehus (utförare kan ej väljas)

Korttidsboende (utförare kan ej väljas)

6 Första och andrahandsval**Anvisningar för fält****6.1 Jag avstår från att välja utförare)** **Beskrivning**



Ja

Nej

7 Behov

7.2 Jag tillåter att uppgifter som är nödvändiga för att biståndshandläggare ska kunna fatta ett beslut hämtas från Försäkringskassan, sjukvården, socialtjänsten.

Beskrivning

Ja

Nej

8 Sammanfattningssida

9 Sign

10 Tacksida