



ANMÄLAN

*Anmälan gäller vidstående
insatser enligt förenklad
biståndsbedömning*

| | |
|----------|----------------------|
| Städ | <input type="text"/> |
| Tvätt | <input type="text"/> |
| Inköp | <input type="text"/> |
| Promenad | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------------------|----------|
| Antal timmar/månad | + |
| Antal timmar/månad | + |
| Antal timmar/månad | + |
| Antal timmar/månad | + |
| Totalt max 8 timmar/månad | = |

| | | | |
|---|------------|---------|--|
| Personnummer | Namn | | |
| Adress | | | |
| Postnummer | Postadress | | |
| Telefon | | | |
| Anhörig/god vän som varit behjälplig vid ansökan: | | | |
| Namn | | Telefon | |
| Relation | | | |

Jag medger att information om mig får inhämtas/lämnas till:

Berörd personal Ja Nej

Anhörig Ja Nej

Annat:

| | |
|-----------------|---|
| Ort och datum | Anmälan skickas till: Essunga kommun Socialförvaltningen 465 82 Nossebro Telefon 0512-570 00 |
| Namnunderskrift | |