

Annan orsak, vilken

Nuvarande vårdbehov

 Hemservice _____ gånger per dag _____ gånger per vecka _____ gånger i månaden

 Anhöriga hjälper, hur

 Matservice

Funktionsförmåga

 Går utan hjälpmedel

 Använder rollator

 Använder kryckor eller käpp

 Självständig med rullstol

 Bör lyftas i rullstol

Uppgifter om den nuvarande bostaden

Rymlighet och hustyp

Antal familjemedlemmar	Bostadstyp r+kv/k	Bostadens yta m ²
<input type="checkbox"/> Flervåningshus	<input type="checkbox"/> Radhus	<input type="checkbox"/> Egnahemshus
<input type="checkbox"/> Annat vilket		

Bostadens utrustning och skick

<input type="checkbox"/> Avlopp	<input type="checkbox"/> Vattenledning	<input type="checkbox"/> Varmvatten	<input type="checkbox"/> Wc inne	<input type="checkbox"/> Dusch- rum/ bastu	<input type="checkbox"/> Central- elvärm
<input type="checkbox"/> Utomordentligt	<input type="checkbox"/> Gott	<input type="checkbox"/> Nöjaktigt	<input type="checkbox"/> Svagt		

Besittningsförhållande

<input type="checkbox"/> Ägare	<input type="checkbox"/> Hyresgäst	<input type="checkbox"/> Annat, vilket
Hyra €/månad	Inflyttningsår	

Övriga uppgifter

Underskrift

Jag försäkrar att uppgifterna ovan är riktiga

Plats och tid

Underskrift

Till ansökan kan bifogas läkarintyg.