



Biståndshandläggare  
835 80 Krokom

## ANSÖKAN OM HEMVÅRD ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN

Namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon		

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trygghetslarm       | <input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet                              |
| <input type="checkbox"/> Matdistribution     |  |
| <input type="checkbox"/> Särskild boendeform |  |
| <input type="checkbox"/> Korttidsboende      | <input type="checkbox"/> Övrigt, t ex dagverksamhet, ledsagarservice |

Övriga synpunkter som jag vill framföra:

Behjälplig vid ansökan

Namn och telefon

Datum	Sökandens underskrift
-------	-----------------------