



## Hammarlands kommun

Klockarvägen 3  
22 240 Hammarland  
Tel. (018) 36 450 (växeln)  
E-post: [info@hammarland.ax](mailto:info@hammarland.ax)  
Hemsida: [www.hammarland.ax](http://www.hammarland.ax)

## ANSÖKAN OM HEMSERVICE

Ansökan inkommit \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_

|                                           |                       |                  |
|-------------------------------------------|-----------------------|------------------|
| <b>Sökande</b>                            | Efternamn och förnamn | Personbeteckning |
|                                           | Adress                | Telefon          |
|                                           |                       | Mobiltel         |
|                                           | E-postadress          |                  |
| <input type="checkbox"/> Utländsk pension |                       |                  |

|                                      |                       |          |
|--------------------------------------|-----------------------|----------|
| <b>Anhörig/<br/>intressebevakare</b> | Efternamn och förnamn | Telefon  |
|                                      | Adress                | Mobiltel |
|                                      | E-postadress          |          |

|                               |                                           |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Vad gäller<br/>ansökan</b> | <input type="checkbox"/> Hemtjänst        | <input type="checkbox"/> Matservice |
|                               | <input type="checkbox"/> Trygghetstelefon |                                     |

|                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Hälsotillstånd/<br/>information med<br/>anledning av<br/>ansökan</b> |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                   |                        |
|---------------------------------------------------|------------------------|
| <b>Bistått vid<br/>uppgörandet av<br/>ansökan</b> | Namn och telefonnummer |
|---------------------------------------------------|------------------------|

Jag samtycker till att äldreomsorgen vid behov begär kompletterande uppgifter om mitt vårdbehov från hemsjukvård, sjukhus eller annan källa.

|                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| <b>Underskrift</b> | Ort, datum och underskrift |
|--------------------|----------------------------|

|                                    |                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Blanketten<br/>skickas till</b> | Hammarlands kommun<br>Äldreomsorgen<br>Klockarvägen 3<br>22240 Hammarland<br>eller e-post: <a href="mailto:info@hammarland.ax">info@hammarland.ax</a><br>Vi avråder från att skicka känslig information utan säker e-post |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Behandling av personuppgifter:

De personuppgifter du lämnar på denna blankett används för att möjliggöra Hammarlands kommuns administration av ditt ärende. Uppgifterna sparas i kommunens datasystem.