



Ansøgning

Indsendes til social- og sundhedsforvaltningen
Rebild Kommune Hobrovej 88 9530 Støvring

om

<input type="checkbox"/> midlertidigt ophold	<input type="checkbox"/> varigt ophold
--	--

på

<input type="checkbox"/> plejebolig	<input type="checkbox"/> daghjem	<input type="checkbox"/> ældrebolig
<input type="checkbox"/> dagcenter	Andet	

Ansøger

Fulde navn	Personnummer
Fødenavn	Telefonnummer
Adresse	
Postnummer og by	
Bopælskommune	Nuværende opholdssted
Nuværende eller tidligere stilling	Fødested
Ægteskabelig stilling <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ugift <input type="checkbox"/> enke <input type="checkbox"/> enkemand <input type="checkbox"/> andet	

Øvrige personer på bopælen

Ægtefælles/samlevers navn	Personnummer
Andre personers navne	

Pårørende

Navn	Familieforhold
Adresse, postnummer, by	Telefonnummer
Navn	Familieforhold
Adresse, postnummer, by	Telefonnummer

Egen læge

Navn	Telefonnummer
------	---------------

Optagelse ønskes på

Hjemmets/ældreboligens navn og adresse	
Hvis dette ikke er muligt, hvor ønskes der så optagelse	Hjemmets/ældreboligens navn

Modtager/benytter ansøgeren

<input type="checkbox"/> hjemmesygepleje	Gennemsnit timer pr. uge	<input type="checkbox"/> hjemmehjælp	Gennemsnit timer pr. uge	<input type="checkbox"/> madservice
Anden hjælp i huset <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, anfør arten			
<input type="checkbox"/> folkepension	<input type="checkbox"/> førtidspension	<input type="checkbox"/> invaliditetsydelse	<input type="checkbox"/> kørestol	

Kan ansøgeren (sæt X)	Personnummer		
	Helt	Med lidt hjælp	Slet ikke
Selv klare personlig hygiejne og toiletbesøg			
Selv klæde sig af og på			
Klare daglig madlavning			
Selv spise og drikke			
Færdes i egen bolig			
Klare sig uden hjælp om natten			
Tilkalde hjælp (via telefon eller på anden måde)			

Boligforhold

Specielle indretningsforhold
Specielle forhold ved boligen (tilkørselsforhold mv.)

Årsag til ansøgningen

--

Øvrige oplysninger

<p>Anv f.eks. om ansøgeren kan vende tilbage til sit nuværende opholdssted, hvis opholdet på institutionen afbrydes</p>

Jeg giver hermed kommunen tilladelse til at indhente foreliggende helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandling af ansøgningen

Jeg er informeret om, at jeg ifølge Persondataloven har ret til indsigt med de oplysninger, som registreres om mig i forbindelse med min ansøgning, og at jeg kan henvende mig om det til kommunen. Hvis der er registreret urigtige oplysninger, kan jeg kræve at få dem berigtiget.

Svar på denne ansøgning sendes til

<input type="checkbox"/> Ansøger	<input type="checkbox"/> Andre, skriv navn og adresse
Navn	
Adresse	

Dato	Underskrift