

**Uppgifter om dig som söker**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	
E-post		

Vad har du för diagnos/funktionsnedsättning?

--

Beskrivning av ditt omvårdnadsbehov

Hur förflyttar du dig?
Hur sköter du din personliga hygien?
Hur sköter du toalettbesök?
Hur sköter du på- och avklädning?
Beskriv hur du äter och dricker
Hur ser ditt behov av tillsyn ut?
Har du beslut om egenvård från sjukvården?

Uppgifter om den anhöriga ger dig omvårdnad

Du kan maximalt ha två anhöriga som ger dig omvårdnad.

Anhörig 1

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	
E-post		
Släktskapsförhållande/relation med den sökande		
Bor ni i samma hushåll? ☐ Ja ☐ Nej		

Anhörig 2

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	
E-post		
Släktskapsförhållande/relation med den sökande		
Bor ni i samma hushåll? ☐ Ja ☐ Nej		

Handläggaren ges vid behov tillstånd att som underlag för bedömning av den sökandes omvårdnadsbehov inhämta nödvändiga uppgifter från andra myndigheter, läkare eller dylikt ☐ Ja ☐ Nej

Underskrift

Sökandes underskrift	Datum
----------------------	-------

Ansökan skickas till: Förvaltningen för funktionsstöd, Box 4053, 422 04 Hisings Backa

Så behandlar vi dina personuppgifter

Förvaltningen för funktionsstöd värnar om din personliga integritet och strävar efter att skydda dina personuppgifter på bästa sätt. Vi hanterar dina personuppgifter enligt gällande lagstiftning (dataskyddsförordningen). För mer information se goteborg.se/personuppgifter.

Förvaltningen för funktionsstöd

Telefon: 031-365 00 00 (Göteborgs Stads kontaktcenter)

goteborg.se