



ÖREBRO

Blanketten skickas till:  
Myndighetsavdelningen  
Box 300 45  
701 35 Örebro  
  
Telefonnummer: 019 -21 10 00

## Förenklad ansökan om servicetjänster

enligt Socialtjänstlagen 4 kap. 1 §

Inkommen via	Datum
--------------	-------

Fylls i av Myndighetsavdelningen

Fält markerade med \* är obligatoriska och måste fyllas i för att ansökan ska kunna behandlas.

### Sökandes personuppgifter

För- och efternamn *	Personnummer *
Adress *	Telefonnummer *
Postadress *	Telefonnummer övrigt
E-postadress	Portkod

### Bor du tillsammans med någon annan person? \*

- Ja, jag bor tillsammans med en eller flera andra personer.  
 Nej, jag bor själv.

### Uppgifter om annan anhörig

Namn	Telefonnummer
------	---------------

**Ansökan kan göras för följande servicetjänster. Kryssa i det/de alternativ du vill ansöka om. \***

- Städning 3 timmar per månad
- Tvätt 3 timmar per månad
- Inköp 4 timmar per månad
- Fönsterputs 4 timmar per år

**Beskriv varför du behöver hjälp \***

Beskriv ditt hälsotillstånd t.ex. diagnos, funktionsnedsättning, fysiska åkommor, minnesproblematik etc.

Om du är under 65 år behöver du komplettera din ansökan med ett läkarintyg som styrker ditt behov av hjälp med den/de ansökta tjänsterna.

Om du bor tillsammans med någon beskriv hans eller hennes hälsotillstånd.

Beskriv HUR ditt/ert hälsotillstånd gör det svårt för dig att själv städa, tvätta, göra inköp eller putsa fönster.

### Val av utförare \*

Om du beviljas ansökta servicetjänster har du möjlighet att välja vem som ska utföra dem. För information om vilka utförare som är valbara kontakta Servicecenter eller besök [www.orebro.se/hemvard](http://www.orebro.se/hemvard) och klicka på Utförare av servicetjänster. Om du inte kan/vill välja själv kan Myndighetsavdelningen tilldela dig en utförare.

**Städning** - Jag väljer utförare \_\_\_\_\_

**Tvätt** - Jag väljer utförare \_\_\_\_\_

**Inköp** - Jag väljer utförare \_\_\_\_\_

**Fönsterputs** - Jag väljer utförare \_\_\_\_\_

Jag vill att Servicecenter tilldelar mig en utförare.

### Önskemål om språkkunskaper

Fyll i vilket språk du önskar att den som utför servicetjänsterna ska kunna tala.

### Samtycke

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva hämta uppgifter om din hälsa/funktionsnedsättning eller sociala situation från tidigare utredningar.

Jag ger mitt samtycke till att information, för bedömning av detta ärende, får hämtas från tidigare utredningar av kommunens biståndshandläggare.

## Bilagor

Om något/några påståenden stämmer in på dig måste du skicka med bilagor till din ansökan för att den ska kunna behandlas.

- Jag är under 65 år och skickar därför ett läkarintyg med ansökan
- Jag ansöker åt någon annan och skickar därför med en kopia på en fullmakt
- Jag är ställföreträdare och skickar därför med en kopia på registerutdrag.

## Underskrift \*

För att ansökan ska kunna behandlas måste den undertecknas av den sökande eller av en person som är behörig att företräda honom eller henne.

### Sökandes namnteckning

Sökandes namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	

### God man, förvaltare eller ansökan via fullmakt

Företrädares namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	

God man eller förvaltare behöver skicka med en kopia på registerutdrag. För ansökan via fullmakt ska en kopia på fullmakten skickas med ansökan.

#### Behandling av personuppgifter

Programnämnd social välfärd behandlar dina personuppgifter i syfte att handlägga ansökan och hantera fakturering med stöd av dataskyddsförordningen artikel 6.1e. Mer information om Örebro kommuns behandling av personuppgifter finns på [orebro.se/personuppgifter](http://orebro.se/personuppgifter).

#### POSTADRESS

Box 300 45  
701 35 Örebro

#### BESÖKSADRESS

Drottninggatan 5  
702 11 Örebro  
019-21 10 00

#### E-POST

[myndighetskansliet.vardochomsorg@orebro.se](mailto:myndighetskansliet.vardochomsorg@orebro.se)