



Ansökan om insatser inom
kommunpsykiatri enligt
Socialtjänstlagen (SoL) 4 kap 1 §

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Tfn

Kontaktuppgifter till anhöriga/god man/annan företrädare/cagemanagement

Namn	Tfn
E-postadress	Mobil
Namn	Tfn
E-postadress	Mobil

Jag ansöker om

--

Beskriv din hälsosituation/funktionsnedsättning

--

Beskriv din sociala situation

(T ex civilstånd, barn, hur bor du, vilken kontakt har du med släkt och vänner, dina intressen m m)

Hur vill du att din dag ska se ut – vad ska den innehålla?

Beskriv vad du behöver för att få ett bra socialt innehåll i ditt liv

Exempel på insatser

Service

- Inköp/apoteksärenden
- Tvätt/klädvård, bädda rent, städa (t ex bädda, dammsuga, damma, våttorka golv)
- Handräckning i hushållet (diska, vattna blommor eller tömma soppåsen), värma mat

Personlig omvårdnad

- Dusch, klädsel, hygien (t ex morgon- och kvällshygien, toalettbesök)
- Förflyttningar (t ex hjälp mellan säng och rullstol), tillsyn (dag och/eller natt)
- Stöd vid måltider (t ex hjälp att lägga upp eller dela sönder maten)
- Egenvård (t ex hjälp att ta medicin, stödstrumpor eller ögondroppar)
- Social aktivitet (t ex promenad, fika eller ett samtal)

Annat

- Matdistribution (färdiga matportioner som levereras hem till din bostad)
- Kontaktperson (någon som följer dig till fritidsaktiviteter eller sociala kontakter utanför hemmet)
- Ledsagarservice (hjälp till affär, sjukhus eller att besöka släkt/vänner)
- Korttidsboende (tillfälligt boende på någon av våra korttidsavdelningar)
- Avlösning i vårdsysslan
- Trygghetslarm Har du fast telefon? Ja Nej
- Daglig sysselsättning – psykiatri

Beskriv vad vi kan stötta dig med så att du kan leva ett så självständigt liv som möjligt

Hur har du klarat dig tidigare?

Samtycke

- Jag samtycker till att handläggaren får hämta nödvändiga uppgifter från annan myndighet om så behövs för utredningen.

Behjälplig vid ansökan

Namn	Tfn
Adress	E-postadress

Jag vill att följande kontaktas för besked om eventuellt hembesök/inhämtande av uppgifter

- Jag själv
- Annan person

Underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Ansökan skickas till

Vård- och omsorgsförvaltningen
Box 213
771 25 Ludvika