



KÖKARS KOMMUN

Omsorgschef
Camilla Enberg
Tel. +358 40 487 9400
Kommunkansliet
22730 Kökar

ANSÖKAN OM HEMSERVICE

Ansökan inkommit _____ / _____ 20__ ___ Per telefon ___ Skriftligt ___ Annat

Sökande: _____

Efternamn och förnamn

Personbeteckning

Adress

Telefon

Anhörig: _____

Efternamn och förnamn

Telefon

Vad gäller ansökan: ___ Hemtjänst ___ Matservice ___ Trygghetslarm

Hälsotillstånd/ Information med anledning av ansökan	
---	--

Bistått vid uppgörande av ansökan	Namn och telefon
--	-------------------------

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

Underskrift	Ort, datum och underskrift
--------------------	----------------------------

Blanketten skickas till	Kökars kommun, Äldreomsorgen 22730 Kökar
--------------------------------	---

Behandling av personuppgifter:

De personuppgifter du lämnar på denna blankett används för att möjliggöra Kökars kommuns administration av ditt ärende. Uppgifterna sparas i kommunens datasystem. För frågor om eller ändring av personuppgifter i datasystemet, ta kontakt med dataskydd @kokar.ax.

Observera att vi på grund av dataskyddet inte tar emot ansökningar via vanlig e-post. Detta är för att skydda dina personliga uppgifter som gäller hälsa och sjukdom och andra uppgifter om dig.