



För att administrera din ansökan krävs registrering i vårt dataregister. Med anledning av EU:s nya dataskyddsförordning (GDPR) har det införts nya regler för hur Lunds kommun och andra myndigheter ska hantera personuppgifter. Om du vill veta mer om hur Lunds kommun hanterar personuppgifter kan du gå till [Behandling av personuppgifter](#)

**Sökande**

Namn	Personnummer	Behov av tolk (ange språk/tecken)
Gatuadress	Telefonnummer	Mobilnummer
Postadress	E-post adress	

**Företrädare för den sökande (om sådan finns)**

<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> god man	<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> god man
<input type="checkbox"/> ombud enligt fullmakt	<input type="checkbox"/> förvaltare	<input type="checkbox"/> ombud enligt fullmakt	<input type="checkbox"/> förvaltare
Namn		Namn	
Gatuadress		Gatuadress	
Postadress		Postadress	
Telefonnummer	Mobilnummer	Telefonnummer	Mobilnummer
E-post adress		E-post adress	

**Funktionsnedsättning (eventuell diagnos och/eller kort beskrivning)**

----------------------

**Den hjälp jag har nu**

----------------------

**Jag ansöker om**

<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Hemtjänst för hjälp med min personliga vård
<input type="checkbox"/> Hemtjänst för hjälp med hemliv
<input type="checkbox"/> Hemtjänst för hjälp med samhällsgemenskap, rekreation och fritid
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för personer med demenssjukdom
<input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet
<input type="checkbox"/> Växelboende
<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Annat behov

<input type="checkbox"/> Jag vill diskutera med handläggare vilket stöd som kan vara aktuellt
-----------------------------------------------------------------------------------------------

**Anledning till att jag söker och vad jag vill ha hjälp med**

--

**Jag bifogar**

<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> Psykologutlåtande	<input type="checkbox"/> Intyg från arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Annat intyg/utlåtande
-------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------------------------

**Medgivande**

<input type="checkbox"/> JA, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga ansökan får inhämtas från Försäkringskassan, socialtjänst, sjukvården eller andra myndigheter*
<input type="checkbox"/> NEJ, jag vill inte att ni inhämtar några uppgifter om mig eller min situation

\*Medgivande kan återkallas när jag så önskar

**Underskrift**

Jag som gör denna ansökan är

<input type="checkbox"/> Den sökande	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt
--------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------------------

**Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavare skriva under.**

Ort/Datum	Ort/Datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

**För mer information godkänner jag att ni får hämta information från**

Titel	Namn
Telefonnummer	E-post adress

**Ansökan skickas till:** Myndighetsfunktionen, Box 41, 221 00 Lund  
Din handläggare kontaktar dig vanligen inom två veckor.