

**Ansökan avser:**

<b>Sökandens namn</b>	<b>Personnummer</b>
Adress	Telefon bostad
Postnummer och postort	Mobiltelefon
<b>Eventuell medsökande</b>	Relation till den som söker
Adress	Postnummer och postort
<b>Behjälplig vid ansökan - Namn</b>	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postort

**Jag ansöker om:**

	Städning	Tidsåtgång:
	Inköp	Tidsåtgång:
	Tvätt	Tidsåtgång:

**Jag önskar hjälp ifrån:**

	Tompas Städ & Alltjänst AB
	Pernillas Alltjänst i Sala AB

**Du som inte bor i centrala Sala. Var vänlig, ange en vägbeskrivning:**


**Husdjur:**

--

**Beskriv kort ditt funktionshinder:**

Ex: gångsvårigheter, orienteringssvårigheter eller annat. Det är **inget krav** att fylla i dessa uppgifter för dig som ansöker om insatser enligt förenklad handläggning. Dock är detta möjligt för dig som vill att personal som utför insatserna ska känna till vissa uppgifter om dig:


**Underskrifter:**

<b>Ort och datum:</b>	<b>Underskrift Huvudsökande:</b>
-----------------------	----------------------------------

<b>Ort och datum:</b>	<b>Underskrift eventuell Medsökande:</b>
-----------------------	--

<b>Sänd ansökan till:</b> Sala Kommun Vård och omsorg Biståndsenheten Box 304 733 25 SALA	<b>Besöksadress :</b> Fredsgatan 23, Bergmästaren, Sala Besök avtalas med Biståndshandläggare per telefon 0224-74 90 69.
--	---

Du som behöver hjälp att fylla i blanketten - kontakta biståndshandläggare.  
Telefonnummer: 0224-74 90 69.

Behandling av Dina personuppgifter sker i enlighet med lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (2001:454), Dataskyddsförordningen (GDPR) eller annan författning.

**Hur handläggs din ansökan?**

*Om du är över 75 år:*

1. Din ansökan att beviljas inom 3 arbetsdagar från mottagen ansökan. Därefter skickas ett skriftligt beslut hem till dig och en beställning till den som ska verkställa insatsen.

*Om du är under 75 år:*

1. **Kontakt** – en handläggare kommer kontakta dig och eller din företrädare för att påbörja en utredning om ditt behov av hjälp och stöd.
2. **Utredning** – Handläggaren gör en utredning om vilket behov du har. Ibland behöver handläggaren information från andra än dig, till exempel sjukvård eller annan instans.
3. **Prövning** – Din ansökan prövas mot Socialtjänstlagen för att bedöma om du har rätt till stöd du ansökt om.
4. **Beslut** - Du får ett skriftligt beslut på din ansökan. Din ansökan kan antingen beviljas eller avslås. Om din ansökan avslås har du rätt att överklaga beslutet. Du kan få hjälp att överklaga av din handläggare.  
Om din ansökan beviljas skickas beställning till den som ska verkställa insatsen.

**VAL OCH OMVAL AV UTFÖRARE AV SERVICEINSATSER INOM HEMTJÄNSTEN**

Fyll i nedanstående uppgifter för att göra ditt val av leverantör av de serviceinsatser inom hemtjänst du kommer att få biståndsbeslut för.

- Om det är första gången du väljer
- Omval (byte av leverantör)

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	
Make/maka/partner/sambos namn	Personnummer
Anhörig/företrädares namn	Telefonnummer

**Du har möjlighet att välja vilken utförare som ska utföra den hemtjänst du är beviljad. Väljer du inte utförare kommer du att tilldelas utförare bland de utförare som Sala kommun har avtal med.**

**Jag/vi väljer:**

- Tompas Städ & Allservice AB
- Pernillas Alltjänst i Sala AB

**Anledning till byte av leverantör (behöver inte anges):**


*Du har alltid möjlighet att göra omval av utförare och du behöver inte ange varför. Skulle det dock bero på ett klart missnöje med hur insatserna utförs vill vi gärna veta det.*

**Underskrift:**

Ort och datum:	Namnteckning:
Jag medger samtidigt att mina personuppgifter får registreras för handläggning och arkivering.	Namnteckning:

Vård och omsorg

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Frågeformulär för hemsäkerhet

Sala Kommuns Hemrehab kan **kostnadsfritt** erbjuda hembesök av sjukgymnast och arbetsterapeut för att se över möjligheter att öka din trygghet i hemmet.

**Vill du att Hemrehab kontaktar dig?**

Ja

Nej

*Om du har svarat ja på ovanstående fråga:*

**1. Har du ramlat någon gång de senaste 6 månaderna?**

Ja

Nej

**2. Känner du dig osäker i förflyttningar t ex resa dig från en stol, gå, ta upp saker från golvet eller gå i trappa?**

Ja

Nej

**3. Känner du dig osäker i dagliga aktiviteter som t ex städa, laga mat, handla eller duscha?**

Ja

Nej

Tack för att du fyller i formuläret och återsänder det tillsammans med din ansökan. Din ansökan kommer att behandlas utan påverkan av dessa frågor.

**Du kan även kontakta Hemrehab på telefon 0224-74 93 49**  
säkrast mellan 8.30-10.00, övrig tid telefonsvarare.