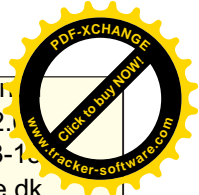


Samsø Kommune
Søtofte 10
8305 Samsø
Tlf: 87922200

Telefon:
Mandag -torsdag 9.00-12.00
og 13-15.00
kommune@samsoe.dk



Sendes til		Ansøgning		Modtaget af kommunen dato
Samsø Kommune Visitationskontoret Søtofte 10 8305 Samsø		om		
		<input type="checkbox"/> korttidsophold	<input type="checkbox"/> varigt ophold	
		<input type="checkbox"/> plejebolig	<input type="checkbox"/> ældrebolig	
		Andet		

Ansøger

Fulde navn	Personnummer
Fødenavn	Telefonnummer
Adresse	
Bopælskommune	Nuværende opholdssted
Nuværende eller tidligere stilling	Fødested
Ægteskabelig stilling	
<input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ugift <input type="checkbox"/> enke <input type="checkbox"/> enkemand <input type="checkbox"/> andet	

Øvrige personer på bopælen

Ægtefælles/samlevers navn	Personnummer
Andre personers navne	

Pårørende

Navn	Familieforhold
Adresse	Telefonnummer
Navn	Familieforhold
Adresse	Telefonnummer

Egen læge

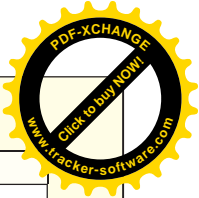
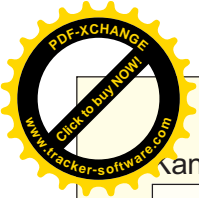
Navn	Telefonnummer
------	---------------

Optagelse ønskes på

Hjemmets/ældreboligens navn og adresse	
Er dette ikke muligt, hvor ønskes der så optagelse	Hjemmets/ældreboligens navn

Modtager/benyttter ansøgeren

<input type="checkbox"/> hjemmesygepleje	Gennemsnit timer pr. uge	<input type="checkbox"/> hjemmehjælp	Gennemsnit timer pr. uge	<input type="checkbox"/> madservice
Anden hjælp i huset		Hvis ja, anfør arten		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
<input type="checkbox"/> folkepension	<input type="checkbox"/> førtidspension	<input type="checkbox"/> invaliditetsydelse	<input type="checkbox"/> kørestol	



Kan ansøgeren (sæt X)

	Helt	Med lidt hjælp	Slet ikke
Selv klare personlig hygiejne og toiletbesøg			
Selv klæde sig af og på			
Klare daglig madlavning			
Selv spise og drikke			
Færdes i egen bolig			
Klare sig uden hjælp om natten			
Tilkalde hjælp (via telefon eller på anden måde)			

Boligforhold

Specielle indretningsforhold
Specielle forhold ved boligen (tilkørselsforhold mv.)

Årsag til ansøgningen

--

Øvrige oplysninger

Angiv fx om ansøgeren kan vende tilbage til sit nuværende opholdssted, hvis opholdet på institutionen afbrydes

Jeg giver hermed kommunen tilladelse til at indhente foreliggende helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandling af ansøgningen.

Jeg er informeret om, at jeg ifølge Persondataloven har ret til indsigt med de oplysninger, som registreres om mig i forbindelse med min ansøgning, og at jeg kan henvende mig om det til kommunen. Hvis der er registreret urigtige oplysninger, kan jeg kræve at få dem berigtiget.

Svar på denne ansøgning sendes til

<input type="checkbox"/> Ansøger	<input type="checkbox"/> Andre, skriv navn og adresse
Navn	
Adresse	

Dato og underskrift

Dato og underskrift