

Anvisningar för ansökan om särskilt boende från annan kommun enligt Socialtjänstlagen 29 kap 7 § (SoL)

Personkrets

Prövning görs om du på grund av sjukdom, hög ålder eller funktionsnedsättning har ett regelbundet behov av omfattande vårdinsatser och därför inte kan bosätta dig i Hofors kommun utan att beviljas bistånd.

Ansökan

Fyll i ansökningsblankett. Ansökan ska undertecknas av den sökande. När den sökande undertecknar ansökan samtycker denne till att uppgifter gällande vård- och omsorgsbehov inhämtas från hemkommunen. Ansökan hanteras i två steg:

1. Biståndshandläggaren gör en utredning utifrån det underlag som bifogats med ansökan och bedömer om du är i behov av omfattande vårdinsatser, en så kallad personkretsbedömning. Om du inte bedöms tillhöra personkretsen görs ingen prövning gällande särskilt boende. Du har möjlighet att överklaga detta beslut.
2. Om du bedöms tillhöra ovanstående personkrets påbörjas utredning av din inkommande ansökan. Vi tar beslut utifrån det underlag som inkommit till oss. Om du inte bedöms ha rätt till bistånd i form av särskilt boende så har du rätt att överklaga beslutet.

Underlag

Om du idag har stöd och hjälp från hemtjänst eller är boende på ett särskilt boende ska du komplettera din ansökan genom att bifoga den senaste utredningen från din hemkommun. Utredningen kommer att användas som en del av vår utredning. Har du inte tillgång till den så ta kontakt med biståndshandläggare i din hemkommun.

Ansökan skickas till:

Biståndsenheten
Hofors Kommun
Hantverkargatan 21
813 30 Hofors
Fax: 0290-20708

**Ansökan om särskilt boende från annan kommun
enligt Socialtjänstlagen 29 kap. 7 § (SoL)**

Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon (även riktnummer)
Mobilnummer:	E-post

Anledning till ansökan

--

Beskriv ditt hälsotillstånd (aktuella diagnoser och funktionsnedsättningar och hur det påverkar din situation)

--

Beskriv de svårigheter/möjligheter du har i din vardag (vad du klarar själv och vad du behöver hjälp med)

--

Jag samtycker till att vid behov får följande kontakter tas:

Biståndshandläggare: _____	Telefon: _____
Enhetschef: _____	Telefon: _____
God man/förvaltare: _____	Telefon: _____
Ombud med skriftlig fullmakt: _____	Telefon: _____
Anhörig/Närstående: _____	Telefon: _____
Övrig kontakt: _____	Telefon: _____

Bifogad handling

☐ Läkarutlåtande
☐ Aktuell utredning om Hemtjänst/Särskilt boende
☐ Utdrag/kopia på förordandet och/eller fullmakten för god man/förvaltare/ombud skall bifogas ansökan

Tolk

Finns behov av tolk?
☐ Ja, vilket språk? _____
☐ Nej

Sökandes underskrift	Datum och ort
Eventuell legal företrädares underskrift	Datum och ort
Namnförtydligande legal företrädare	

Blanketten skickas till: Biståndsenheten
Hofors Kommun
Hantverkargatan 21
813 30 Hofors
Fax: 0290-20708

Alla här lämnade uppgifter samt uppgifter som hämtats in från vissa myndigheter kommer att bearbetas och lagras arkiv eller på elektronisk väg i kommunens system under beaktande av bestämmelserna enligt Dataskyddsförordningen EU 2016/679 (GDPR).