



## Egna resurser

<b>Rörelseförmåga</b>			
<input type="checkbox"/> går utan stöd	<input type="checkbox"/> går med hjälpmedel	<input type="checkbox"/> går i trappor	
<input type="checkbox"/> går med stöd av annan person			
<b>Hjälpmedel</b>			
..... används <input type="checkbox"/> alltid <input type="checkbox"/> endast för utomhusbruk			
(Ange vilket hjälpmedel.)			
På/avklädning	<input type="checkbox"/> klarar själv	<input type="checkbox"/> klarar delvis	<input type="checkbox"/> behöver hjälp
Personlig hygien	<input type="checkbox"/> klarar själv	<input type="checkbox"/> klarar delvis	<input type="checkbox"/> behöver hjälp
Toalettbesök	<input type="checkbox"/> klarar själv	<input type="checkbox"/> klarar delvis	<input type="checkbox"/> behöver hjälp
Oro	<input type="checkbox"/> aldrig	<input type="checkbox"/> tidvis	<input type="checkbox"/> alltid
Gott minne	<input type="checkbox"/> alltid	<input type="checkbox"/> inte alltid	<input type="checkbox"/> aldrig
Desorientering	<input type="checkbox"/> aldrig	<input type="checkbox"/> tidvis	<input type="checkbox"/> alltid
Övriga upplysningar			
.....			
.....			
.....			

## Samtycke

Härmed samtycker jag till att de uppgifter som krävs för bedömningen av detta ärende får inhämtas från:			
<input type="checkbox"/> sjukvården	<input type="checkbox"/> socialtjänsten	<input type="checkbox"/> närstående	<input type="checkbox"/> annan .....

## Underskrift sökande

Datum	Sökandes namnteckning
Behjälplig vid ansökan har varit	Telefonnummer

**Alla uppgifter är sekretesskyddade!**

**Ansökan skickas till: Biståndsenheten, Tjörns kommun, 471 80 Skärhamn**  
Telefonnummer till Biståndet är 60 16 30, 60 16 31, 60 16 32 eller 60 13 57.