

Ansökan emottagits / 20__

VÅRDTAGARENS PERSONUPPGIFTER	Namn		Personbeteckning	
	Adress och telefonnr.		Antal familjemedlemmar	
	Postnummer och -anstalt		Yrke	
	Familjeförhållanden <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> gift		<input type="checkbox"/> frånskild <input type="checkbox"/> samboende	<input type="checkbox"/> änka/änkling <input type="checkbox"/> barn
HÄLSOTILLSTÄND	Diagnos (C-läkarintyg bifogas)			
VÅRDBIDRAG	Erhåller sökande vårdbidrag från FPA <input type="checkbox"/> Ja _____ € <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ansökan inlämnad / 20			
UPPGIFTER OM VÅRDAREN	Har sökanden en vårdare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	Vårdarens namn		Personbeteckning	
	Adress, postnummer och -anstalt		Yrke/titel	
	Bank och kontonummer		Telefon	
	Förvärvsarbetar vårdaren annorstädes			
	<input type="checkbox"/> Heldagsarbete <input type="checkbox"/> Förvärvsarbetar inte		<input type="checkbox"/> Deltidsarbete <input type="checkbox"/> Pensionär	
Vårdarens förhållande till sökande				
<input type="checkbox"/> Maka/make/sambo <input type="checkbox"/> Dotter/son		<input type="checkbox"/> Mor/far <input type="checkbox"/> Annan person		
AVTALETS GILTIGHETSTID	<input type="checkbox"/> Avtalet gäller tillsvidare <input type="checkbox"/> Avtalet gäller för tiden			
SÖKANDENS/ VÅRDTAGARENS UNDERSKRIFT	Datum		Underskrift	

VÅRDPLAN

MÅLSÄTTNING	
--------------------	--

FUNKTIONSFÖRMÅGA

Rörelseförmåga	<input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> begränsad <input type="checkbox"/> rörelsehindrad <input type="checkbox"/> använder hjälpmedel, vilka? _____
Sinnen	Syn <input type="checkbox"/> god <input type="checkbox"/> svag <input type="checkbox"/> blind Hörsel <input type="checkbox"/> god <input type="checkbox"/> svag <input type="checkbox"/> döv <input type="checkbox"/> använder hörapparat
Psykiskt tillstånd	<input type="checkbox"/> saklig, lugn <input type="checkbox"/> minnesstörningar <input type="checkbox"/> virrig, orolig <input type="checkbox"/> övrigt _____

BEHOV AV VÅRD

Dagliga funktioner		självständigt	behöver lite hjälp	behöver hjälp
Ätande		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påklädning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvättning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC besök		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håller urin och avföring		<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> tidvis	<input type="checkbox"/> bristfällig

SERVICEFORMER

Anhörigas insatser	
Vårdarens insatser	
Hemservice	<input type="checkbox"/> regelbunden _____ ggr/ <input type="checkbox"/> tillfällig
Hemsjukvård	<input type="checkbox"/> regelbunden _____ ggr/ <input type="checkbox"/> tillfällig
Stödservice	<input type="checkbox"/> matservice <input type="checkbox"/> transportservice <input type="checkbox"/> badservice <input type="checkbox"/> trygghetsservice <input type="checkbox"/> klädvård <input type="checkbox"/> övrigt _____
Övrig öppen vård	<input type="checkbox"/> dagvård <input type="checkbox"/> personlig assistent <input type="checkbox"/> specialdagvård <input type="checkbox"/> periodvis i anstaltsvård <input type="checkbox"/> dagsjukhus/center <input type="checkbox"/> _____
Plan för hur vårdarens ledighet skall ordnas	
Datum och underskrift	