



Vårdtagare	Namn _____ Födelseid _____ Tfn _____ Adress _____
Vårdare	Namn _____ Födelseid _____ Tfn _____ Adress _____ Vårdarens släktskap med sökande _____ Förvärvsarbetar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Pensionär <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Annat, vad? _____
Vårdbehov	Diagnos _____ _____ Vårdaren hjälper vårdtagaren med _____ _____ _____ Hur länge kan vårdtagaren vara ensam _____ _____
Underskrift	Hänvisande till ovanstående ansöker jag om stöd för närståendevård. Jag samtycker samtidigt till att Social- och hälsovårdsverkets tjänsteman inbegär kompletterande uppgifter. Vårdtagarens underskrift _____ Vårdarens underskrift _____ Ort och tid _____

Läkarutlåtande eller motsvarande intyg skall bifogas ansökan (C-intyg, epikris eller omfattande utredning av sakkunning).

Ansökan sänds till

Staden Jakobstad
 Social- och hälsovårdsverket
 Närståendevård / Kommun
 PB 111, 68601 JAKOBSTAD

