



## Eckerö kommun

Södra Överbyvägen 8

22270 Eckerö

Tel. (018) 32 930 (växeln)

[info@eckero.ax](mailto:info@eckero.ax) [www.eckero.ax](http://www.eckero.ax)

Ansökan om

närståendevårdsstöd

**Ansökan lämnas in till kommunkansliet på Södra Överbyvägen 8.  
OBS! Till ansökan ska C-läkarintyg inlämnas.**

### Uppgifter om närståendevårdstagaren

För- och efternamn	Personbeteckning	E-post
Adress	Postnummer och -ort	Telefon/mobil

### Användning av hjälpmedel

<input type="checkbox"/> rollator <input type="checkbox"/> rullstol <input type="checkbox"/> hörapparat <input type="checkbox"/> annat, vad? <hr/> <input type="checkbox"/> använder inga hjälpmedel
--

### Bilagor

Har du C-läkarintyg bifogat med ansökan? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, men har begärt av läkare / är på gång <input type="checkbox"/> nej, kompletterar senare <input type="checkbox"/> nej, vet inte hur
---

### Uppgifter om närståendevårdaren

För- och efternamn	Personbeteckning	E-post
Adress (om annan än ovan)	Postnummer- och ort (om annan än ovan)	Telefon/mobil

### Arbete

Arbetar du <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> heltid, i så fall med vad / var? <hr/> <input type="checkbox"/> deltid, i så fall med vad / var? <hr/>
---

### Studier

Studerar du <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> heltid, i så fall till vad / var? <hr/> <input type="checkbox"/> deltid, i så fall till vad / var? <hr/>
--

### Pensionär

Är du <input type="checkbox"/> ålderspensionär? <input type="checkbox"/> sjukpensionär? <input type="checkbox"/> annat, i så fall vad? <hr/> <hr/>
--

### Behov av stöd

Stöd önskas fr.o.m. <hr/> / <hr/> 20 <hr/> <input type="checkbox"/> så fort som möjligt
---

### Vårdarens relation till vårdtagaren

<input type="checkbox"/> make/maka/partner <input type="checkbox"/> förälder <input type="checkbox"/> dotter/son <input type="checkbox"/> annat, i så fall vad? <hr/>
---

**Motivering till behov av vård**

---

---

---

---

**Den vårdbehövandes eventuella sjukdomar, mediciner eller allergier**

---

---

---

---

<b>Jag försäkrar att uppgifterna ovan är riktiga</b>		
<b>Ort och datum</b>	<b>Sökandens underskrift</b>	<b>Medsökandens underskrift</b>

Vid inlämning av denna ansökan ger jag mitt samtycke till att Eckerö kommun kontrollerar och begär ut nödvändiga underlag från bland annat inkomstregistret, FPA, skattemyndigheten och eventuellt svenska pensionsmyndigheten. Personuppgifterna sparas i enlighet med Eckerö kommuns personuppgiftspolicy.