



# Eckerö kommun

Södra Överbyvägen 8  
22 270 Eckerö  
Tel. (018) 32 930 (växeln) info@eckero.ax  
www.eckero.ax

## ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD

### UPPGIFTER OM DEN VÅRDBEHÖVANDE

Efternamn	Förnamn (strecka under tilltalsnamn)	Personbeteckning
Adress		Postnummer och -ort
Telefon hem	Telefon arbete	Mobiltelefon
Använder hjälpmedel <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Annat, vad: _____		
Handikapp eller sjukdom _____ _____ _____		

### UPPGIFTER OM VÅRDAREN

Efternamn	Förnamn (strecka under tilltalsnamn)	Personbeteckning
Adress (om annan än ovanstående)		Postnummer och -ort
Telefon hem	Telefon arbete	Mobiltelefon
Arbetsplats (om annat än avsett vårdarbete)		
Vårdaren <input type="checkbox"/> Arbetar heltid <input type="checkbox"/> Är ålderspensionär <input type="checkbox"/> Arbetar deltid <input type="checkbox"/> Är sjukpensionär <input type="checkbox"/> Studerar heltid <input type="checkbox"/> Annat, vad: _____ <input type="checkbox"/> Studerar deltid		
Vårdarens relation till den vårdbehövande <input type="checkbox"/> Make/maka/partner <input type="checkbox"/> Dotter/son <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Annat, vad: _____		

<b>Jag försäkrar att uppgifterna ovan är riktiga</b>	
Ort och datum	Underskrift

Till ansökan ska bifogas läkarintyg.