| **Ansøgning om hjemmehjælp til feriegæster fra anden kommune som ønsker at medbringe deres hjemmehjælp**  Ansøgning om hjælp til feriegæster bedes være Svendborg kommune i hænde hurtigst muligt efter kendt ankomstdato eller senest 3 uger inden ankomstdato.  Sendes til sikkermail socmyn@svendborg.dk  **Ved tvivlsspørgsmål kontakt**  Rehabilitering & Visitation om spørgsmål vedr. hjemmepleje – 6223 4000 tryk 1.  Hjælpemidler & Hverdagsteknologi vedr. spørgsmål vedr. APV-hjælpemidler – 6223 4000 – tryk 2.  Sygeplejen vedr. spørgsmål om sygeplejefaglige indsatser - Vest 62 23 44 00 - Øst 62 23 43 63 |
| --- |

| **Social, Sundhed og Beskæftigelse**  **Myndighedsafdeling**  Svinget 14  5700 Svendborg  17. juni 2022  Afdeling: Myndighedsafdeling |
| --- |
| Svendborg Kommune opfordrer alle til at skrive sikkert via Digital post. Derfor bør du aldrig sende fortrolige personhenførbare oplysninger (CPR-nr. helbreds- og økonomiske oplysninger) i en almindelig mail. Læs mere: <https://www.svendborg.dk/om-kommunen/digital-post-og-selvbetjening> |

| Logo  **Telefontid:** Mandag-onsdag Kl. 09.00-15.15 Torsdag Kl. 09.00-16.45 Fredag Kl. 09.00-13.00  **Åbningstider ved personligt fremmøde** Mandag-fredag Kl. 09.00-13.00 Torsdag tillige Kl. 14.45-16.45 |
| --- |

**Refusionstilsagn**

**Hjemmehjælp til feriegæster som ønsker at medbringe deres hjemmehjælp**

|  |  |
| --- | --- |
| Borgers Navn: |  |
| Adresse: |  |
| CPR-nr. |  |
| Opholdsadresse under ferie, hvor skal hjælpen udføres. |  |
| Borger skal selv medbringe hjælpemidler.  Hjælpemidler i forbindelse med APV, beskriv da hvilke. |  |
| Dato for ophold begge dage inklusiv. |  |
| Kort beskrivelse af borgers sundheds- og sygdomsbaggrund. |  |
| Hvad søges der hjælp til?  Hvem og hvor mange personer kan udføre hjælpen (faggruppe)?  Tidspunkter. Dag, Aften, Nat, Weekend?  Hvor lang tid benyttes til udførelse af hjælpen (hver enkelt indsat). |  |
| Startdato for hjælpen  Evt. kl. |  |
| Slutdato for hjælpen  Evt. kl. |  |
| Kontaktoplysninger til borger eller pårørende under opholdet.  Navn og Tlf. |  |
| Visitator i bopælskommune  Tlf. og  mailadresse |  |
| Visitator i opholdskommune. |  |
| Bopælskommune  Kommune: |  |
| Betalingsafdeling.: |  |
| EAN nr.  SE nr. |  |
| Dato og underskrift for refusionstilsagn | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Visitator |