

Social og Sundhed
Myndighedsafdelingen
Svinget 14
5700 Svendborg
Telefon 62 23 39 88



Svendborg
Kommune

Ansøgning om ældre-, pleje og demensboliger.

Ansøgerens navn:	
Evt. ægtefælles/samlevers navn:	
Cpr.nr.:	Ægtefælles/samlevers cpr. nr.:
Adresse:	
Telefonnr:	
Er De: Gift___ Samlevende___ Ugift___ Fraskilt___ Enke/-mand___	
Pårørende:	
Navn:	Adresse:
Relation:	Telefonnr.:
Navn:	Adresse:
Relation:	Telefonnr.:
Egen læge:	
Medlem af Boligselskab, hvilket:	
Modtager De Hjemmehjælp: Ja _____ Nej _____ Lokalgruppe _____	
Modtager De social pension: Ja _____ Nej _____	
Modtager De bistands-/plejetillæg: Ja _____ Nej _____ o Kopi til pensionsafdelingen.	
Ansøgning om ældrebolig: _____ sæt kryds	
Ansøgning om plejebolig: _____ sæt kryds	
Ansøgning om demensbolig: _____ sæt kryds	

Vend

Hvem har taget initiativ til henvendelsen:

Skyldes ansøgningen u hensigtsmæssige boligforhold? Beskriv problemet.

Årsager til henvendelsen:

De bedes udfylde skemaet og underskrive det. Skemaet returneres til Social- og Sundhed, Myndighedsafdelingen, Svinget 14, 5700 Svendborg.

Da alle ledige boliger tildeles efter et aktuelt behov, er der visitation til ventelisten. De vil derfor blive besøgt i Deres nuværende bolig af visitator. De vil blive kontaktet pr. brev forud for besøget.

Jeg giver herved tilladelse til, at der indhentes relevante sociale og lægelige oplysninger til brug ved vurderingen.

Jeg giver ligeledes tilladelse til, at der kan udveksles mundtlige / skriftlige informationer med mine eventuelt pårørende.

(Hvis pågældende ikke selv har underskrevet angiv hvorfor)

Dato _____

Underskrift _____