



Ansøgningskema til tilbud på Handicapområdet

Navn	Cpr.nr.
Adresse	Telefonnr.
Bor alene <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Bor sammen med ægtefælle/samlever <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Hjemmeboende børn <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Evt. andet opholdssted
Egen læge	Telefonnr.
Evt. værgemål <input type="checkbox"/> Vedr. økonomiske forhold (værgemålsloven § 5) <input type="checkbox"/> Vedr. personlige forhold (værgemålsloven § 5) <input type="checkbox"/> Fratagelse af handleevne (værgemålsloven § 6) <input type="checkbox"/> Samværgemål (værgemålsloven § 7) <input type="checkbox"/> Nej	Værge
	Telefonnr.
	Adresse Gade: Postnr./by:

Jeg søger om

<input type="checkbox"/> Botilbud	<input type="checkbox"/> Beskyttet beskæftigelse
<input type="checkbox"/> Individuel bostøtte	<input type="checkbox"/> Aktivitets- og samværstilbud
<input type="checkbox"/> Aflastningsophold	<input type="checkbox"/> Ledsagelse
<input type="checkbox"/> Personlig hjælper	<input type="checkbox"/> Andet

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Bevillingsenhet Voksen Handicap kan indhente relevante lægelige, sygeplejemæssige og socialfaglige oplysninger til brug ved behandling af denne ansøgning, herunder videresende oplysninger til relevante parter i forbindelse med ansøgningen.

Dato	Ansøgers/værges underskrift
-------------	------------------------------------

Er ansøgningen udfyldt sammen med andre, bedes oplyst hvem	Navn	Relation til ansøger
---	-------------	-----------------------------

Forsørgelsesgrundlag

Førtidspension <input type="checkbox"/> Tilkendt før 1/1 2003 <input type="checkbox"/> Tilkendt efter 1/1 2003	Folkepension <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>
---	---	--

Personlige helbredsoplysninger

Fysisk og/eller psykisk årsag til nedsat funktionsevne (evt. diagnose og særlige hensyn)

Begrundelse for min ansøgning

Evt. andet

Jeg modtager i øjeblikket følgende støtte og hjælp i form af:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Individuel bostøtte | <input type="checkbox"/> Bistand/pleje |
| <input type="checkbox"/> Beskyttet beskæftigelse | <input type="checkbox"/> Rengøringsordning |
| <input type="checkbox"/> Aktivitets- og samværstilbud | <input type="checkbox"/> Madordning |
| <input type="checkbox"/> Ledsageordning | <input type="checkbox"/> Aflastning |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesygepleje | <input type="checkbox"/> Andet |

Jeg modtager i øjeblikket behandling i form af:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indlæggelse på somatisk sygehus | <input type="checkbox"/> Indlæggelse på psykiatrisk sygehus |
| <input type="checkbox"/> Ambulant behandling på somatisk sygehus | <input type="checkbox"/> Ambulant behandling på psykiatrisk sygehus |
| <input type="checkbox"/> Fysisk træning | <input type="checkbox"/> Kontakt med distriktpsychiatrien |
| <input type="checkbox"/> Anden behandling | |

Hvilken:

**Ansøgningen sendes til:
Bevillingsenhed Voksen Handicap
Rantzausgade 8, 2. sal
9000 Aalborg**