

Ansøgning om plejebolig på Solgaven § 115,4

Ansøger.

Navn:	Cpr. Nr.:
Adresse:	Tlf. nr.:

Husstanden og ansøgningen omfatter endvidere:(ægtefælle, samlever)

Navn:	Cpr. Nr.
Adresse:	Tlf. nr.

Nærmeste pårørende.

Navn	
Adresse:	Tlf. nr.:

	Ja	Nej
Modtager De hjemmehjælp eller hjemmesygepleje		

I hvilken omfang:

	Ja	Nej
Har De hjælpemidler?		

Hvis ja Hvilke?

Hvad hedder Deres Læge samt telefon nr.

Hvad hedder Deres øjenlæge samt telefon nr:

	Ja	Nej
Er De medlem af Dansk blindesamfund? Dette er ikke et krav. Ellers skal vedlægges øjenlæge attest		

Årsag til ansøgningen (kort beskrivelse af Deres helbred eller andre forhold der har betydning for ansøgningen) Beskriv hvori Deres synshandicap kommer til udtryk?

Husdyr

	Ja	Nej
Har De husdyr, der skal flytte med i søgte bolig		

Hvis Ja – Hvilke _____

Dato:	Underskrift:
-------	--------------

Jeg giver samtidig tilladelse til, at der – til vurdering af min ansøgning – kan indhentes sociale og lægelige oplysninger, samt at relevante oplysninger kan videregives til et boligselskab.

Dato:	Underskrift:
--------------	---------------------

Skemaet skal, hvis du bor i Næstved Kommune sendes til:

**Næstved Kommune
Center for Handicap og Psykiatri.
Job, - Omsorg- og Sundhedsforvaltningen
Rådmandshaven 20
4700 Næstved**

Modtaget den:

Bor du i en anden kommune end Næstved, skal ansøgningen sendes til din hjemkommune.

Er De medlem af Dansk Blindsamfund kan De få hjælp til at udfylde ansøgningen af en af deres blindekonsulenter. Er der nogen tvivls spørgsmål, er De altid velkommen til at kontakte Solgaven på telefon. 55 73 20 20.

Se også vores hjemmeside: www.solgaven-nstv.dk