



HJØRRING KOMMUNE

Springvandspladsen 5 - 9800 Hjørring

Telefon 72 33 33 33

E-mail: hjoerring@hjoerring.dk

ANSØGNING

om

Indsendes til
Myndighedsfunktionen for ældre
Hjørring Kommune
Springvandspladsen 5, 9800 Hjørring

<input type="checkbox"/>	Varigt ophold til
<input type="checkbox"/>	Skærmet plejebolig (demens)
<input type="checkbox"/>	Almindelig plejebolig
<input type="checkbox"/>	Social/psykiatrisk plejebolig

Ansøger

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer
Postnr. og by	Mail
Bopælskommune	

Ansøger er

Gift	<input type="checkbox"/>	Ugift	<input type="checkbox"/>	Enke	<input type="checkbox"/>	Pensionist	<input type="checkbox"/>	Førtidspensionist	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

Øvrige personer på bopælen

Ægtefælle/samlevers navn	Personnummer			
Ønsker ægtefælle/samlever at flytte med? (Boligen skal i dette tilfælde være egnet til 2 personer)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, underskrift				

Pårørende/primære kontaktperson

Navn	Familieforhold
Adresse, postnr. og by	Telefonnummer

Der søges om plejebolig efter Lov om Almene Boliger § 54, § 54a, § 58a og § 105, den nødvendige personlige- og praktiske hjælp efter Lov om Social Service § 83, stk. 1, nr. 1 og 2 samt madservice efter Lov om Social Service § 83, stk. 1, nr. 3.

Optagelse ønskes på i prioriteret rækkefølge. Angiv plejeboligens navn og/eller adresse

1.				
2.				
3.				
Optagelse med plejeboligaranti (omfatter ALLE plejeboliger i hele Hjørring Kommune)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Plejeboligaranti

Det betyder, såfremt der søges med boliggaranti, omfatter det alle plejeboliger i hele Hjørring kommune, **der kan således ikke ønskes ét** bestemt plejecenter

I forbindelse med min ansøgning om plejebolig søger jeg om at blive visiteret til kost på plejecenter (madserviceordning) ved indflytning

Madservice	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

Anden hjælp i huset, hvis ja, anfør hvilken

--

Boligforhold (specielle forhold, der har betydning for den nuværende situation)

--

Årsag til ansøgningen

--

Jeg giver hermed kommunen tilladelse til at indhente foreliggende helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandlingen af ansøgningen.

Jeg er informeret om, at jeg ifølge persondataloven har ret til indsigt med de oplysninger, som er registreret om mig i forbindelse med min ansøgning, og kan henvende mig om det til kommunen. Hvis der er registreret urigtige oplysninger, kan jeg kræve at få dem berigtiget.

Dato	Ansøgers underskrift

FULDMAGT

Jeg giver hermed

Navn:	CPR, bedes oplyst til udsendelse af digital post.(Valgfrit)
Adresse, postnr. og by	Telefonnummer

Fuldmagt til varetagelse af mine interesser i forbindelse med denne ansøgning om bolig.

Det betyder, at kommunen fremover kun vil rette henvendelse til den, der har fået fuldmagten i boligsagen, og ikke længere til dig, vedrørende din ansøgning om bolig.

Dato	Ansøgers underskrift

Såfremt der oplyses CPR, vil breve der vedrører boligansøgningen, vil blive tilsendt via E-boks til det oplyste cpr.nr. Afgørelser mv. kan ses i E-boks umiddelbart efter afsendelse fra kommunen.