



**Uppgifter om den vårdbehövande**

Efternamn \_\_\_\_\_ Förnamn \_\_\_\_\_

Personbeteckning \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Postnummer och ort \_\_\_\_\_

Använder hjälpmedel \_\_\_\_\_

Handikapp eller sjukdom \_\_\_\_\_

**Uppgifter om vårdaren**

Efternamn \_\_\_\_\_ Förnamn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Postnummer och ort \_\_\_\_\_

Telefon hem \_\_\_\_\_ Arbete \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Arbetsplats (om annat än avsett vårdarbete) \_\_\_\_\_

**Vårdaren**

Arbetar heltid \_\_\_\_ Deltid \_\_\_\_ Är ålderspensionär \_\_\_\_

Studerar heltid \_\_\_\_ Deltid \_\_\_\_ Är sjukpensionär \_\_\_\_

Annat \_\_\_\_\_

**Vårdarens relation till den vårdbehövande**

Make / maka / partner \_\_\_\_\_ Dotter / son \_\_\_\_\_

Förälder \_\_\_\_\_ Annat \_\_\_\_\_

C- intyg för närståendestöd från läkare inlämnat \_\_\_\_\_

Inlämnas senare \_\_\_\_\_

**Jag försäkrar att uppgifterna ovan är riktiga**

Ort och datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_