



Riktlinjer för avgiftsfri avlösning i hemmet för anhörigvårdare

Följande kriterier ska vara uppfyllda för att erhålla stöd:

1. I Kinda kommun boende anhörig make/maka eller annan närstående, som dygnet runt vårdar en anhörig som är över 18 år
2. Omsorgstagarens vårdbehov ska bedömas vara långvarigt, d v s en förbättring inom 6 månader kan inte förutses
3. Anhörigvårdare och omsorgstagaren ska bo tillsammans

Följande principer ska gälla vid rätt till avgiftsfri avlösarservice:

- Avlösning riktar sig till den anhörige under maximalt 10 timmar/månad med uttag minst två timmar/tillfälle och kan ske vardagar mellan 08.00-17.00
- Vardagar 17.00-21.00 kan beviljas i mån av tillgänglig tid
- Helger kan beviljas i mån av tillgänglig personal
- Outtagen tid kan inte överföras till nästa kalendermånad
- Avlösning i hemmet utförs av omsorgspersonal. Avlösaren ska svara för den personliga omvårdnaden och tryggheten. Bosome ingår inte i avlösning i hemmet

Följande förutsättningar gäller vid beviljandet av stödet:

- Avlösningen ges med stöd av kapitel 5, 10 § i socialtjänstlagen
- Ansökan sker till biståndsmyndigheten
- Vid behov av avlösning i hemmet ska hemtjänsten meddelas minst 5 arbetsdagar i förväg

Socialförvaltningen

Insändes till:
Biståndsenheten
Socialförvaltningen
Box 1
590 40 Kisa

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL (personuppgiftslagen). Du medger att informationen Du lämnar får lagras och bearbetas i register av Socialförvaltningen. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

Sökande

Efter- och förnamn	Personnummer
Make/sammanboende, namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer, ort	

Ansökan om bistånd (sätt kryss framför den insats som söks)

<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Boendesstöd inom socialpsykiatri
<input type="checkbox"/> Korttidsplats	<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Övrigt
<input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet	
Ange orsak till ansökt bistånd	

Medgivande

Härmed medger jag att Socialförvaltningen får hämta uppgifter om inkomster/bidrag från Skattemyndigheten, Riksförsäkringsverket och Försäkringskassan, samt uppgifter om mitt hälsotillstånd från Landstinget.

Sökandes underskrift

Datum

Namnteckning

Behjälplig vid ansökan

Om annan än sökanden själv, sätt kryss i lämplig ruta:

God man

Förvaltare

Ombud med skriftlig fullmakt

Namn, adress och telefon: