



Ansøgningsskema

Midlertidigt døgnophold

Navn: _____

Adresse: _____

CPR-nummer: _____ - _____

Telefonnummer: _____

Nærmeste pårørendes, navn, adresse, telefonnummer, e-mailadresse og relation:

Hvis din nærmeste pårørende skal have tilsendt kopi af breve eller anden form for korrespondance i forbindelse med boligansøgningen:

(sæt x)

Hvis du og din pårørende ønsker korrespondance fremsendt til elektronisk postkasse, skal I også oplyse pårørendes CPR-nummer:

Din underskrift på boligansøgningen giver samtykke til, at Halsnæs Kommune må sende/give oplysninger til nævnte pårørende.

Begrundelse for ansøgningen:

Egen læge: _____

Evt. periode for opholdet: _____

Pris pr. døgn	Kr.
Døgnkost	140,00
Tøjvask	3,50
Linned/vask	11,50
Rengøringsartikler (obligatorisk)	6,00
TV (kan fravælges)	10,00
I alt	171,00

Betaling for ovenstående serviceydelser sker ved fremsendelse af regning for hver kalendermåned, bilagt indbetalingskort.

Regningen fremsendes ca. den 20. i efterfølgende måned.

Du skal selv sørge for transport til og fra den midlertidige døgnplads.

Ansøger er indforstået med retningslinjerne for transport og betalingen for det midlertidige døgnophold.

Samtidig giver ansøger hermed samtykke til, at kommunen i forbindelse med opholdet kan indhente og videregive person- og helbredsoplysninger hos / til egen læge, andre i kommunen og / eller sygehuse.

Dato:

Underskrift: _____

Er ansøgningen ikke udfyldt af ansøger, anfør venligst hvem der har udfyldt ansøgningen:

Ansøgningen sendes retur til:

Halsnæs Kommune, Visitationen, Rådhuspladsen 1, 3300 Frederiksværk.

Halsnæs Kommune anvender sikkermail.

Send din ansøgning til: sundhed@halsnaes.dk