

Sendes til kommunen	Udfyldes af kommunen	
	Modtaget dato	Journalnummer • KLE 16.08.00G01
	Sagsbehandler: Navn og lokalnummer	
Ansøgning om hjælpemiddel/ forbrugsgode/boligindretning efter lov om social service §§ 112/113/116		

1. Ansøger

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer

2. Hjælpemidler

Hvilket hjælpemiddel/forbrugsgode/boligindretning ansøges der om

Har De tidligere fået bevilget samme hjælpemiddel/forbrugsgode/boligindretning	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, dato
Hvis ja, hvorfor søges hjælpemiddel/forbrugsgode/boligindretning igen		

3. Helbredsforhold

Hvilken funktionsnedsættelse er årsag til ansøgningen

Hvor og hvornår er De undersøgt/behandlet herfor (anfør sygehus/speciallæge, læge)

4. Samtykkeerklæring og underskrift

Jeg giver hermed mit samtykke til, at kommunen kan indhente yderligere oplysninger om mine helbredsforhold og økonomiske forhold, når dette har betydning for kommunens behandling af min ansøgning. Oplysningerne kan indhentes hos de myndigheder/sygehuse/læger, der er anført ovenfor under punkt 3 samt hos egen praktiserende læge.

Jeg ønsker ikke at give kommunen mit samtykke til at indhente yderligere oplysninger. Jeg er indforstået med, at min ansøgning dermed behandles på basis af de her foreliggende oplysninger.

Jeg er vidende om mine pligter og rettigheder med hensyn til oplysningspligt mv., som angivet i afsnittet om persondataloven på side 2.

Dato og underskrift