

Ansökan till hyreslägenhet Seniora

24 bostäder på Prästängsgatan 14, Ekenäs

Folkhälsans bostäder i 2. våningen (bostäder 1-8) samt i 4. våningen (bostäder 17-19)

Stiftelsen Blomsterhemmets bostäder i 3. vån (bostäder 9-16) samt i 4. vån (bostäder 20-24)

Sökande

Namn _____

Pers.signum _____

Adress _____

Tfn _____

Make/Maka _____

Pers.signum _____

Bostad som söks

Välj endast ett alternativ

bostad i 2. vån	<input type="checkbox"/>	bostad i 4. vån bst 17-19	<input type="checkbox"/>
bostad i 3. vån	<input type="checkbox"/>	bostad i 4. vån bst 20-24	<input type="checkbox"/>
Enrumslägenhet	<input type="checkbox"/>	Tvårumslägenhet	<input type="checkbox"/>

Nuvarande bostad

Bostadens storlek _____ m²

Kök	<input type="checkbox"/>
Kokvrå	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>
Bastu	<input type="checkbox"/>
Hiss	<input type="checkbox"/>

Brister i nuvarande bostad:

Behov av service

Hemvård	<input type="checkbox"/>	Hjälpbehov och mängd	<input type="checkbox"/>
Hemsjukvård	<input type="checkbox"/>	1 x/vecka	<input type="checkbox"/>
Medicindelning	<input type="checkbox"/>	oftare	<input type="checkbox"/>
Injektioner	<input type="checkbox"/>	_____ x/vecka	<input type="checkbox"/>
Tvättservice	<input type="checkbox"/>	_____ x/dag	<input type="checkbox"/>
Matservice	<input type="checkbox"/>		

Motorik

Går utan hjälpmedel	<input type="checkbox"/>		
Använder rollator	<input type="checkbox"/>	Använder kryckor eller käpp	<input type="checkbox"/>
Självständig med rullstol	<input type="checkbox"/>	Bör lyftas i rullstol	<input type="checkbox"/>

Tilläggsinformation

Läkarintyg kan bifogas

Datum _____

Sökandes underskrift _____

Kontaktuppgifter

Heidi Sandell
tfn 044 788 1074

Sänd ansökan till

Folkhälsan Valfärd Ab, Heidi Sandell
Raseborgsvägen 10, 10600 Ekenäs