



Begäran om verkställighet av insatser inför en tillfällig vistelse

Personuppgifter

För- och efternamn:	Personnummer:
Vistelseadress:	Postnr och ort:
Telefon:	E-postadress:
Skyddade personuppgifter: ☐ JA ☐ NEJ	

Kontaktuppgifter till anhörig

För- och efternamn:	Relation:
Telefon:	E-postadress:

Kontaktuppgifter vid förordnande av god man/förvaltare

För- och efternamn:	Förordnandet avser:
Telefon:	E-postadress:

Kontaktuppgifter till bosättningskommun

För- och efternamn ansvarig handläggare:	För- och efternamn handläggare i tjänst under aktuell vistelseperiod:
Telefon:	Telefon:
E-postadress:	E-postadress:

Faktureringsunderlag

Bosättningskommun:	Organisationsnummer:
Fakturaadress:	Ev. referenskod:
Kund-ID/Besluts-ID:	
Beskrivning av ekonomisk ersättningsmodell som ska tillämpas:	
Bifogas beskrivning av ersättningsmodell: ☐ JA ☐ NEJ	Bifogas mall för tidsredovisning: ☐ JA ☐ NEJ



Uppdraget

Om utredning bifogas ska denna innehålla följande uppgifter:

- Aktuell bedömning av den enskildes behov i relation till den tillfälliga vistelsen.
- Aktuell beskrivning av den enskildes hälsotillstånd och hjälpmedelsbehov under vistelsen.
- Aktuell beskrivning av boendemiljö/bostadens beskaffenhet under vistelsen.
- Eventuell hushållsgemenskap under vistelsen.
- Eventuellt behov av tolk och i så fall för vilket språk
- Eventuellt behov av kommunikationsstöd.
- Eventuellt behov av dubbelbemanning under vistelsen (moment och tidsomfattning)
- Beviljade insatser och omfattning
- Beviljad tid/skattad tid för genomförande
- Mål för insatsen/insatserna.

Bifogas utredning:

☐ JA ☐ NEJ

Om utredning inte bifogas, ange:

Aktuell bedömning av den enskildes behov i relation till den tillfälliga vistelsen:

Aktuell beskrivning av den enskildes hälsotillstånd och hjälpmedelsbehov under vistelsen:

Aktuell beskrivning av boendemiljö/bostadens beskaffenhet under vistelsen:

Beskrivning av eventuell hushållsgemenskap under vistelsen:

Föreligger behov av tolk:

☐ JA ☐ NEJ

Om JA, för vilket språk:

Föreligger behov kommunikationsstöd:

☐ JA ☐ NEJ

Om JA, ange stödbehov:



Om utredning inte bifogas, ange:

Beviljad insats	Antal	Minuter	Timmar	Gångar	per	Dag	Vecka	månad
Mål för insats/insatser:								
Vid behov av dubbelbemanning under vistelsen, beskriv moment och tidsomfattning:								

Övrig information

Insatser innefattar egenvård: ☐ JA ☐ NEJ	Om JA: Underlag för egenvård enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd ska bifogas.
Vistelseperiod (ååmmdd-ååmmdd):	
Uppföljning planeras genom:	
Vilken information som efter sekretessprövning ska återföras till bosättningskommunen i samband med att insatsen (verkställigheten) avslutas:	
Ev. val av utförare av insats:	
Övriga upplysningar av vikt:	
Datum för begäran:	