



Lidköpings
kommun

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/kontaktperson

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 (ansvarig handläggare)

Telefon (handläggare i tjänst)

E-postadress (ansvarig handläggare)

E-postadress (handläggare i tjänst)

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 beskaftenhet 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**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 beskaftenhet under vistelsen****Beskrivning av eventuell hushållsgemenskap under vistelsen****Föreligger behov av tolk**☐ JA ☐ NEJ**Om JA, för vilket språk****Föreligger behov av kommunikationsstöd**☐**Om JA, ange stödbehov**

JA ☐ NEJ

Om utredning inte bifogas, ange beviljade insatser

Beviljad insats	Antal	Minuter	Timmar	Gångar per	Dag	Vecka	Månad

Mål för insats/insatser

Vid behov av dubbelbemanning under vistelsen, beskriv moment och tidsomfattning

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