|  |  |
| --- | --- |
|  | 1 (2)  |
|  |
| Ansökan om Må bra check (Ansökan och intyg ska ha inkommit senast 15 november varje år)  |
|  |

**Sökande (Anhörigvårdare)**

|  |  |
| --- | --- |
| Sökandens för- och efternamn  | Personnummer  |
| Gatuadress, postnummer och ort  | Telefon  |
| **Sökandens bankuppgifter** |  |
| Namn på bank, clearingnummer och kontonummer  |   |
|  **Närstående (Den som vårdas)**   |  |
| Namn  | Personnummer  |
| Gatuadress, postnummer och ort  | Telefon  |

**Uppgifter om närstående (Den som vårdas)**

|  |
| --- |
| Den närstående har en långvarig sjukdom och/eller funktionsnedsättning.  Ja Nej Ange här, vad (diagnos eller dylikt):  |
| Den närstående får stöd-, vård- eller omsorg av den sökande.  Ja Nej Ange här, typ av insatser som den sökande ger: |

**Beskriv här vad du avser använda checken till**

|  |
| --- |
|  |

**Checklista för bilaga som ska bifogas till ansökan varje år**

|  |
| --- |
|  Intyg som styrker den närståendes beskrivna tillstånd/diagnos. Intyget **ska** innehålla datum, den närståendes personnummer och tillstånd/diagnos.  |

 **Sökandens försäkran**

|  |
| --- |
| Jag bor i samma bostad med den som jag vårdar i enlighet med denna ansökan. Ja Nej |

 **Uppgifter i denna ansökan är riktiga**

|  |  |
| --- | --- |
| Sökandens underskrift | Datum |
| Jag samtycker till behandlingen av mina personuppgifter i Socialkontorets dataregister. |

|  |  |
| --- | --- |
| Skicka ifylld blankett till:AnhörigkonsulentUpplands-Bro Kommun, 196 81 Kungsängen | Har du frågor, kontakta oss gärna:Telefon: 08-581 690 00E-post: kommun@upplands-bro.se |