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