

Varde kommune
Borgerservice
Att: Ældrebolig
Frisvadvej 35
6800 Varde



Ansøgning om ældrebolig

Ansøger:

Navn _____	CPR nr. _____
Adresse _____	Tlf. nr. _____
Post nummer _____	By _____

Øvrige personer i husstanden som skal flytte med:

Ægtefælle/Samlevers navn _____	CPR nr. _____
--------------------------------	---------------

Ønsker at komme i betragtning til bolig beliggende:

Her skrives ældreboligens navn og adresse i prioriteret rækkefølge

1 _____
2 _____
3 _____

Hjælpemidler:

Er nogen i husstanden kørestolsbruger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja:	Permanent <input type="checkbox"/>	Efter behov <input type="checkbox"/>
Anvender noget i husstanden ganghjælpemidler?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilket:	_____	

Anden Hjælp:

Modtager husstanden praktisk hjælp til f.eks. rengøring?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, fra:	Varde kommune	<input type="checkbox"/>	Privat firma	<input type="checkbox"/>
Modtager nogen i husstanden hjælp til personlig pleje?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, fra :	Varde kommune	<input type="checkbox"/>	Privat firma	<input type="checkbox"/>

Årsag til ansøgningen:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Øvrige oplysninger – herunder behov for specielle indretningsforhold:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Jeg giver hermed Varde kommune tilladelse til at indhente de oplysninger, der er nødvendige for behandlingen af denne ansøgning.

Dato _____ Underskrift _____

Varde kommune Borgerservice

Tlf. 7994 6800 eller mail: aeldrebolig@varde.dk