

**Beställning av hemtjänstinsatser vid tillfällig vistelse i Hofors Kommun****Bosättningskommun**

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Kommun/Stad   | Organisationsnummer      |
| Fakturaadress | Referens vid fakturering |

**Biståndshandläggare bosättningskommun**

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Namn                      | Förvaltning/enhet |
| Telefonnummer/Mobilnummer | E-post            |

**Sökande**

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| Namn                             | Personnummer       |
| Den tillfälliga vistelseadressen | Postnummer och Ort |
| Telefonnummer/Mobilnummer        |                    |

**Vistelseperiod**

|              |                  |
|--------------|------------------|
| Ankomstdatum | Avslutningsdatum |
|--------------|------------------|

**Beställning av insatser**

|        |                     |
|--------|---------------------|
| Insats | Beviljad tid/insats |
| Insats | Beviljad tid/insats |
| Insats | Beviljad tid/insats |
| Insats | Beviljad tid/insats |
| Insats | Beviljad tid/insats |

|                                                     |                                                       |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Insats                                              | Beviljad tid/insats                                   |
| Insats                                              | Beviljad tid/insats                                   |
| Insats                                              | Beviljad tid/insats                                   |
| <b>Trygghetslarm</b><br><input type="checkbox"/> Ja | <b>Matdistribution</b><br><input type="checkbox"/> Ja |

**Underskrift beställning**

|                                   |               |
|-----------------------------------|---------------|
| Biståndshandläggarens underskrift | Datum och ort |
|-----------------------------------|---------------|

**Beställningen skall ha inkommit till oss senast fyra veckor innan individens ankomstdatum. Med beställningen skall aktuell utredning, beslut och genomförandeplan bifogas. Detta för att vår verksamhet ska få möjlighet att hantera och planera den tillfälliga vistelsen.**

**Beställningen skickas till:** Biståndsenheten  
Hofors Kommun  
Hantverkargatan 21  
813 30 Hofors  
Fax: 0290-20708

*Alla här lämnade uppgifter samt uppgifter som hämtats in från vissa myndigheter kommer att bearbetas och lagras i arkiv eller på elektronisk väg i kommunens system under beaktande av bestämmelserna enligt Dataskyddsförordningen EU 2016/679 (GDPR).*