



Dato:

**Ansøgningsskema til botilbud efter SEL § 107 og 108 samt ABL §105
med støtte efter SEL §85
i Faaborg-Midtfyn Kommune**

Handlekommune:	
Handlekommunes officielle mail adresse:	
EAN nr.	
Sagsbeh. i handlekommune:	Tlf.nr.
Sagsbeh. mail adresse:	

Hvis faktura ønskes sendt til anden kommune end handlekommune, bedes følgende oplyst:

Betalingskommunens navn: _____

Betalingskommunens EAN.nr: _____

Hvilket tilbud henvises til?

PSYKIATRI	HANDICAP	HJERNESKADE
<input type="checkbox"/> Solskrænten, ordinær plads §107 §108	<input type="checkbox"/> Støttecentret Egeparken 2	<input type="checkbox"/> Solskrænten §107 §108
<input type="checkbox"/> Solskrænten, skærmet plads §107 §108	<input type="checkbox"/> Bofællesskabet Egeparken 62	
<input type="checkbox"/> Toften	<input type="checkbox"/> Bofællesskabet Kernehuset	
	<input type="checkbox"/> Bofællesskabet Egebo	
	<input type="checkbox"/> Bofællesskabet Søbo	
	<input type="checkbox"/> Bofællesskabet Vesterparken	
	<input type="checkbox"/> Lindehuset	
	<input type="checkbox"/> Palleshave	
	<input type="checkbox"/> Pegasus	
	<input type="checkbox"/> Lunden	

Fra dato: _____

Ønskes evt. optaget på venteliste Ja Nej

Bemærkninger:

Borger:

Navn:

Cpr.nr.:

Nuværende opholdssted:

Folkeregister adresse:

Tlf.nr.

Pårørende/forældremyndighed:

Forældremyndighed (ved personer under 18 år):

Nærmeste pårørende:

Navn:

Adresse:

Cpr.nr.

Tlf.nr.

Evt. Værgemål for over 18 årige:

Er der beskikket værgemål for borgeren: Ja Dato for beskikkelse: _____
Nej

Hvis ja, hvilket:

Økonomisk værgemål, jfr. værgemålslovens § 5:

Personligt værgemål, jfr. værgemålslovens § 5:

Frataget retlig handleevne, jfr. værgemålslovens § 6:

Samværgemål, jfr. værgemålslovens § 7:

Værgemål:

Navn:

Adresse:

Tlf.nr.:

Læge:

Navn:

Adresse:

Tlf.nr.:

Andre kontaktpersoner:

Navn:

Adresse

Tlf.nr.:

Baggrund for og formål med henvisningen (skal udfyldes):

Hvilke tilbud modtages eller er tidligere modtaget?

Får pgl. medicin og i givet fald hvilken?

Sammenfatning:

Kort beskrivelse af borgeren, borgerens aktuelle sociale situation og baggrund for ansøgningen:

Underskrift _____

Sagsbehandler

Dato: _____

Til ansøgningen er vedlagt følgende bilag:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | § 50-undersøgelse |
| <input type="checkbox"/> | Handleplan – jf. SEL §141 |
| <input type="checkbox"/> | Psykologisk undersøgelse |
| <input type="checkbox"/> | Funktionsudredning |
| <input type="checkbox"/> | Andet |

Ansøgningen sendes elektronisk pr. sikker mail, vedlagt relevante bilag, til: sikkerpost@faaborgmidtfyn.dk (att: Sundhed og Omsorg). Hvis din kommune er med i tunnelmailsystemet, kan den sendes direkte til sundhed@faaborgmidtfyn.dk