



VALBLANKETT KUNDVAL

Omväl - jag vill byta utförare

Namn:		pers.nr:	
Adress:		Tel.nr:	
Post.nr:	Postadress:		
Make/maka:		pers.nr:	

Samtycke

Vid stöd ifrån Socialtjänsten lämnas medgivande att socialförvaltningen i Staffanstorp får utbyta informationen mellan berörd personal inom socialtjänstens myndighetsenhet och utförare för att kunna säkerställa utförandet av beslutat stöd. Detta innebär att informationen hanteras med sekretess enligt bestämmelser om tystnadsplikt och sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), socialtjänstlagen (2001:453)

Val av utförare

Det är inte nödvändigt att välja samma utförare av insatserna. Du har möjlighet att kombinera en utförare för service och en annan för omvårdnad. Du måste vara beviljad insatsen du väljer utförare till.

Utförare av serviceinsatser – Städning, inköp och tvätt

Jag vill att följande utförare ansvarar för insatserna hos mig:

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABELLO HEMTJÄNST | <input type="checkbox"/> OLIVIA HEMOMSORG |
| <input type="checkbox"/> AGATEN HEMTJÄNST | <input type="checkbox"/> STÄDTANTEN |
| <input type="checkbox"/> FÖRENADE CARE | |

Utförare av omvårdnadsinsatser – Omvårdnad, ledsagning, avlösning samt delegerad hemsjukvård

Jag vill att följande utförare ansvarar för insatserna hos mig:

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABELLO HEMTJÄNST | <input type="checkbox"/> OLIVIA HEMOMSORG |
| <input type="checkbox"/> AGATEN HEMTJÄNST | <input type="checkbox"/> FÖRENADE CARE |

.....
Datum

Underskrift

Valblanketten skickas till:

Vård och Omsorg
Staffanstorps kommun
245 80 Staffanstorp