

Underlag för debitering vid tillfällig vistelse i Bollebygds kommun SOL, HSL, LSS**Brukar- och patientuppgifter**

Namn	Personnummer
Vistelseadress i Bollebygds kommun	
Adress bosättningskommun	Telefon/mobil

Period för tillfällig vistelse

Startdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Slutdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
-------------------------	------------------------

Beviljade insatser som ska utföras

Insatser	Tid/månad	Frekvens dag/vecka/månad

Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Inskrivnen i kommunal primärvård	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Beställare i bosättningskommunen

Namn	E-post	
Befattning	Förvaltning	Telefon/mobil

Faktureringsuppgifter bosättningskommun

Organisationsnummer	YY-kod	Kommun
Faktureringsadress		Postnummer

Beställare i bosättningskommunen

Datum	Namn
Telefon	E-post

Följande handlingar ska bifogas

- Aktuell utredning, bedömning och beslut enligt SOL eller LSS.
- Vid egenvård ska intyg för egenvård bifogas.
- Specifikation på beställda insatser, behandling, träning (SSK, AT, FT).

- Eventuell ordinationslista, läkemedelslista.
- Nödvändiga journalanteckningar.
- Underlag för ersättning vid vistelse i annan kommun, med bosättningskommunens ersättningsbelopp

Ifylld blankett och underlag skickas till

Bollebygds kommun
Socialförvaltningen
517 83 Bollebygd

Märk kuvertet med Hemtjänsten eller Kommunal primärvård, beroende på vilka insatser det gäller.

Beställning avseende kommunal primärvård kan även skickas via fax:

Faxnummer 033 – 23 15 12.

De personuppgifter som du lämnar till oss behandlas i enlighet med [dataskyddsförordningen](#) och [lagen om offentlighet och sekretess](#). Mer information om vad detta innebär för dig hittar du på [kommunens hemsida](#). Socialnämnden är personuppgiftsansvarig för personuppgifterna.