



## Ansökan om att flytta till Skurups kommun jml 2 kap 8 § Socialtjänstlagen

*"8 § En person som önskar flytta till en annan kommun, får ansöka om insatser i den kommunen om han eller hon 1. till följd av hög ålder, funktionsnedsättning eller allvarlig sjukdom har ett varaktigt behov av omfattande vård- eller omsorgsinsatser och därför inte kan bosätta sig i den andra kommunen utan att de insatser som han eller hon behöver lämnas,"*

**Namn:** \_\_\_\_\_

**Personnummer:** \_\_\_\_\_

**Adress:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Anhöriga (namn, telefonnummer, adress):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hälsotillstånd/funktionsnedsättning:**

---

---

---

**Behov av vård och omsorg:**

---

---

---

---

**Pågående insatser i hemkommunen:**

---

---

---

---

**Ansökan avser:**

---

---

**Övriga önskemål:**

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift sökande: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Jag samtycker till att biståndshandläggare i Skurups kommun tar kontakt med biståndshandläggare och omvårdnadspersonal i min hemkommun samt med ansvarig läkare för att utreda min ansökan om att flytta till Skurups kommun enligt 2 kap 8 § Socialtjänstlagen.

Ja

Nej

För skyndsammare handläggning bifoga läkarutlåtande och aktuella utredningar gällande beviljade insatser i hemkommunen.

Namn och telefonnummer till biståndshandläggare i hemkommunen:

---

---

**Ansökan skickas till:**

*Skurups kommun  
Individ- och familjeomsorgen  
274 80 SKURUP*