

Intyg för bostadsanpassningsbidrag till installation av spisvakt

Handlingarna skickas till:
Österåkers kommun
Bygglovenheten
184 86 Åkersberga

Installation till

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Kontaktperson	Telefon

Funktionshinder

- Demens (konstaterad efter utredning) Allvarlig glömska
 Stroke (konstaterad kognitiv dysfunktion) Annat _____

Minnesutredning

- Ja, år _____ Nej

Ovanstående person

- Lagar mat dagligen Lagar mat ibland
 Värmer mat dagligen Värmer mat ibland
 Kokar kaffe/te dagligen Kokar kaffe/te ibland

Ovanstående uppgifter intygas av

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	Telefon
Arbetsplats	

Tjänsteställning

- Arbetsterapeut Distriktssköterska
 Läkare Annat _____

Inställning av spisvakten

Tidsinställning	<input type="checkbox"/> På <input type="checkbox"/> 10 min <input type="checkbox"/> 20 min <input type="checkbox"/> 30 min <input type="checkbox"/> 40 min <input type="checkbox"/> Övrigt _____
Ljudsignal	<input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/> På (Tickande ljud som förvarnar att spisen snart stängs av)

Eventuell övrig information
