loge til brevpapir og signautere (2)

**Bo- og rehabiliteringscenter Lunden**

**Lundvej 135A, 6800 Varde**

**Telefon 7994 8740**

**Mail:** [**lunden@varde.dk**](mailto:lunden@varde.dk)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ansøgning om dagtilbud, social- og samværstilbud for unge og voksne med senhjerneskader, jfr. servicelovens §104.** | | |
| **Personoplysninger:**  **Navn:**  **Cpr.nr.:**  **Adresse:**  **By:**  **Tlf.:**  **E-mail:** | | |
| **Værgemål og –type:** | | |
| **Egen læge:**  **Navn:**  **Adresse:**  **By:**  **Tlf.:**  **E-mail:** | | |
| **Nærmeste pårørende 1:**  **Navn:**  **Adresse:**  **By:**  **Tlf.:**  **Mail:** | | |
| **Nærmeste pårørende 2:**  **Navn:**  **Adresse:**  **By:**  **Tlf.:**  **Mail:** | | |
| **Oplysninger henvisende kommune:**  **Kommune:**  **Adresse:**  **By:**  **Afdeling:**  **Sagsbehandler:**  **Tlf.:**  **Mail:**  **CVR.nr.:**  **EAN.nr.:** | | |
| **Der ansøges om: (sæt et kryds)** | | |
| 1 dag ugentligt |  | Fra dato: |
| 2 dage ugentligt |  | Fra dato: |
| 3 dage ugentligt |  | Fra dato: |
| **Kommunens begrundede indstilling og mål for opholdet:**  (Udredning og handleplan i henhold til **voksenudredningsmetoden,** plejeforløbsplan samt andre relevante journaloplysninger skal fremsendes hurtigst muligt). | | |

**Betalingstilsagn:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato for betalingstilsagn:** |  |
| **Sagsbehandler**  **(underskrift)** |  |
| **Kommune og afdeling** |  |