

Ansökan om biståndsinsatser enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen (SoL)

Sökande

Personnummer		Namn	
Adress		Postnummer	Ort
Telefonnummer, dagtid	Telefonnummer, kväll	Mobiltelefonnummer	
E-postadress			

Uppgifter om anhörig/närstående

Namn		Släktskap/relation	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon arbete	Mobiltelefonnummer	

Ansökan gäller (SoL)

<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet
<input type="checkbox"/> Korttid/växelvård
<input type="checkbox"/> Avlösning
<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Ledsugning
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet
<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Annat

Funktionsnedsättning

Beskriv ditt behov av stöd och hjälp, när du har behov, samt orsak

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av ärendet kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PUL) och jag försäkrar att mina personliga uppgifter är sanningsenliga.

Underskrifter

Ort och datum
Namnteckning

Samtycke

För att kunna handlägga din ansökan kan individ- och omsorgsutskottet behöva inhämta upplysningar från till exempel anhöriga, kommun, försäkringskassa, primärvård och landsting.

<input type="checkbox"/> Ja, jag lämnar medgivande	<input type="checkbox"/> Nej, jag lämnar inte medgivande
Den som söker är	
<input type="checkbox"/> Den sökande själv	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare. Vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna.
<input type="checkbox"/> God man, förvaltare. Förordnande ska bifogas.	

Underskrifter

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Behjälplig vid ansökan

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Blanketten skickas till
Hagfors kommun
Vård- och omsorgsavdelningen
Biståndsenheten
683 80 Hagfors