HAGFORS
KOMMUN

Ansökan om särskilda insatser socialpsykiatrin

* Obligatoriska fält

Sökande

Här anger du vem som skickar in och signerar ansökan (Du kan endast välja ett alternativ)	
☐ Den enskilde (när du söker för dig själv)	☐ Förvaltare
☐ God man	

Dina uppgifter och sökandes uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Förnamn*
Efternamn*
Adress
Postnummer
Ort
Telefonnummer*
E-postadress

HAGFORS
KOMMUN

Dina uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post
Telefonnummer

Beskrivning

Kort beskrivning av funktionshinder
Behov av hjälp (exempelvis förflyttning och personlig hygien
Praktisk situation(beskriv hur vardagen fungerar)
Övrig information
Insats eller insatser som begärs enligt SOL ☐ Boendestöd ☐ Bostad med särskild service för vuxna ☐ Kontaktperson ☐ Sysselsättning
Jag har tidigare ansökt eller fått insatser via SOL (Du kan endast välja ett alternativ) ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, skriv här i vilken kommun du ansökt eller fått insatser
För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland ta kontakt med andra myndigheter. Jag godkänner att ni får hämta uppgifter om mig hos Försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården eller annan kommun (Du kan endast välja ett alternativ) ☐ Ja ☐ Nej

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift