



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

Sökande

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer(inkl riktnummer) Dagtid:..... Kvälltid:..... Mobilnr:
E-postadress		

Uppgifter om anhörig/närstående

Namn		Släktskap/relation
Adress		
Tel bostad	Tel arbete	Mobiltelefon

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"/> Ledsagning.....
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet.....
<input type="checkbox"/> Kontaktperson.....
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm.....
<input type="checkbox"/> Annat.....

Funktionsnedsättning

--

Beskriv ditt behov av stöd och hjälp t.ex. omfattning och 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

Ort och datum

Namnteckning

Samtycke

För att kunna handlägga din ansökan så kan biståndshandläggare behöva inhämta upplysningar från t.ex. anhöriga, kommun, försäkringskassa, primärvård, landsting

 Ja, jag lämnar medgivande Nej, jag lämnar inte medgivande**Den som söker är:** Den sökande själv Vårdnadshavare
Vid gemensam vårdnad krävs
underskrift av båda vårdnadshavarna God man, förvaltare
Förordnande ska bifogas**Underskrift**

Datum

Namnteckning

Behjälplig vid ansökan

Namn:

Telnr.

Blanketten skickas till:

Vara kommun, Biståndsenheten, 534 81 VARA
