



VARA KOMMUN

Socialförvaltningen

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

Sökande

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer ink riktnummer Dagtid: Kvällstid:..... 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"/>	Annat

Blanketten skickas till:
Vara kommun , Biståndsenheten 53432 Vara



VARA KOMMUN

Socialförvaltningen

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 dataskyddsförordningen (GDPR) och försäkrar att mina personliga uppgifter är sanningsenliga.

Samtycke

För att kunna handlägga din ansökan så kan biståndshandläggare behöva inhämta upplysningar från t.ex. anhöriga, kommun, försäkringskassa, primärvård, 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 båda vårdnadshavarnas underskrift	<input type="checkbox"/>	God man, förvaltare Förordnande skall bifogas
--------------------------	-------------------	--------------------------	--	--------------------------	--

Underskrift

Datum	Namnteckning
Behjälplig vid ansökan namn (texta tydligt)	Behjälplig vid ansökan telefonnummer

Blanketten skickas till:
Vara kommun, Biståndsenheten 53432 Vara