



Bistånd enligt SoL, Socialtjänstlagen

Sökande

Namn		Personnummer (xxxxxxxx-xxxx)	
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon	Telefon arbetet	E-post	
Behov av tolk? <input type="checkbox"/> Ja, ange språk: <input type="checkbox"/> Nej			

Medsökande

Namn	Personnummer (xxxxxxxx-xxxx)
------	------------------------------

Ansökan om bistånd

Kryssa i det/de alternativ du vill ansöka om

<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Specialkost
<input type="checkbox"/> Korttidsboende	<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Växelvård
<input type="checkbox"/> Ledsagning	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Boendestöd
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> Annat, ange vad:	

Anledning till ansökan

Beskriv ditt hjälpbehov



Bistånd enligt SoL, Socialtjänstlagen

Kontaktuppgifter

Vem ska kontaktas?		
<input type="checkbox"/> Sökande		
<input type="checkbox"/> Annan person, fyll i kontaktuppgifter nedan		
<input type="checkbox"/> Närstående, relation:		<input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> Förvaltare
Namn		Personnummer (xxxxxxxx-xxxx)
Utdelningsadress		Postnummer Ort
Telefon	Telefon arbetet	E-post

Övriga uppgifter

De personuppgifter som är nödvändiga för utredningen kommer att behandlas enligt § 23-25 personuppgiftslagen i personregister inom Socialförvaltningen samt hos kommunal utförare respektive utförare i annan regi.

- Jag godtar** att kontakt tas med och att uppgifter som har betydelse för utredningen inhämtas från kommunen, landstinget eller andra myndigheter.

Bilagor som eventuellt bifogas

- Läkarintyg
 Kopia av förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud
 Annan bilaga, t.ex. fler närstående eller mer information om rutan ovan inte räckte till

Sökandes namnteckning

Namnteckning	Namnförtydligande	
Personnummer (xxxxxxxx-xxxx)	Ort	Datum

Uppgiftlämnarens namnteckning

Namnteckning	Namnförtydligande	
Personnummer (xxxxxxxx-xxxx)	Ort	Datum

Ansökan skickas till

Biståndshandläggare
Myndighetsenheten
Lindesbergs kommun
711 80 Lindesberg