

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen

Personuppgifterna dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Sökande

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer bostad (även riktnummer)
Postnummer	Ort	Telefonnummer arbete (även riktnummer)
E-post adress		Mobiltelefonnummer
Behov av tolk	Ja	Nej
Om ja vilket språk:		

Medsökande

Namn	Personnummer
------	--------------

Ansökan om bistånd Kryssa i det/de alternativ du vill ansöka om

<input type="checkbox"/> Hemtjänst - Service	<input type="checkbox"/> Hemtjänst - Personlig omvårdnad	<input type="checkbox"/> Hemtjänst - Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Gruppboende för dementa	<input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet
<input type="checkbox"/> Anhörigstöd	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för dementa	
<input type="checkbox"/> Boendestöd	<input type="checkbox"/> Handräckning vid egenvård	
<input type="checkbox"/> Annat, ange vad:		

Anledning till ansökan

Beskriv ditt hjälpbehov

Vänd

Postadress Gagnefs kommun 785 80 Gagnef	Besöksadress Färjbacksvägen 5 Djurås	Växel 0241-15100 Fax 0241-15101	E-post info@gagnef.se Hemsida www.gagnef.se	Bankgiro 472-4134 Org.nr. 212000-2155	Exp.
--	---	--	--	--	-------------

Kontaktuppgifter

Vem ska kontaktas	
Sökande	Annan person, fyll i kontaktuppgifter nedan
Närstående, relation:	God man Förvaltare Ombud
Namn	Telefonnummer
Adress	
Postnummer	Ort

Närstående, relation:		God man	Förvaltare	Ombud
Namn		Telefonnummer		
Adress				
Postnummer		Ort		

Övriga uppgifter

De personuppgifter som är nödvändiga för utredningen kommer att behandlas enligt 23-25§§ personuppgiftslagen i personregister inom myndighetsenheten.

Jag godtar att kontakt tas med och att uppgifter som har betydelse för utredningen inhämtas från kommun, landsting eller andra myndigheter.	Jag godtar <u>inte</u> att kontakt tas med och att uppgifter som har betydelse för utredningen inhämtas från kommun, landsting eller andra myndigheter.
---	---

Den sökandes namnteckning

Namnteckning	Ort, datum
--------------	------------

Bilagor som eventuellt bifogas

Läkarintyg Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud Annan bilaga

Ansökan skickas till:

Gagnefs kommun
 Myndighetsenheten
 785 80 Gagnef

Postadress Gagnefs kommun 785 80 Gagnef	Besöksadress Färjbacksvägen 5 Djurås	Växel 0241-15100 Fax 0241-15101	E-post info@gagnef.se Hemsida www.gagnef.se	Bankgiro 472-4134 Org.nr. 212000-2155	Exp.
--	---	--	--	--	-------------