

## Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen

### Sökande

|   |     |                    |
|---|-----|--------------------|
| Namn  |     | Personnummer       |
| Adress  |     | Telefonnummer      |
| Postnummer  | Ort | Mobiltelefonnummer |
| E-postadress  |     |                    |
| Behov av tolk                      Ja                      Nej                      Om ja vilket språk: |     |                    |

### Person som varit behjälplig vid ansökan

|   |     |                    |
|---|-----|--------------------|
| Namn  |     | Telefonnummer      |
| Adress  |     | Mobiltelefonnummer |
| Postnummer  | Ort | E-postadress       |
| Relation till sökande                      God man                      Förvaltare                      Ombud                      Närstående |     |                    |

### Samtycke

Jag samtycker till att biståndshandläggare får kontakta och inhämta muntliga och skriftliga uppgifter/underlag från följande myndigheter/verksamheter/personer om så behövs under utredningstiden:

|   |                   |
|---|-------------------|
| Vuxenpsykiatri/Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) | Försäkringskassan |
| Geriatrisk- och rehabiliteringsmedicin (Rehab)  | Socialtjänsten    |
| Habilitering                                    | Arbetsförmedling  |
| Skola/förskola                                  | Vårdcentral       |
| Annan myndighet/verksamhet:                     |                   |
| Följande personer (exempelvis anhörig):         |                   |

Jag ansöker om

Beskriv din hälsosituation/funktionsnedsättning och din sociala situation

Beskriv vad vi kan stötta dig med så att du kan leva ett så självständigt liv som möjligt

Exempel på stöd:

**Hemliv:** Inköp, hushållssysslor, med mera.

**Personlig vård:** Personlig hygien, av- och påklädning, toalettbesök, egenvård, socialt stöd, med mera.

**Annat:** Boendestöd, ledsagarservice, kontaktperson, avlösning i hemmet, särskilt boende, dagverksamhet, trygghetslarm, växelboende, med mera.

Underskrift av sökande/legal företrädare

|   |               |
|---|---------------|
| Underskrift sökande                                 | Ort och datum |
| I förekommande fall: Underskrift förvaltare/god man | Ort och datum |

Bilagor som eventuellt bifogas

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Läkarintyg                  | Kopia på förordnande som god man/förvaltare |
| Kopia på fullmakt för ombud | Annan bilaga:                               |

**Behandling av personuppgifter**

De uppgifter som du lämnar till Gagnefs kommun behandlas av oss för handläggning, administration och uppföljning av ditt ärende. Behandlingen utförs i våra verksamhetssystem. Personuppgifter hanteras enligt reglerna i dataskyddsförordningen. Läs mer om dina rättigheter enligt dataskyddsförordningen på vår webbsida

[www.gagnef.se/personuppgifter](http://www.gagnef.se/personuppgifter)