



VARA KOMMUN

ANSÖKAN om biståndsinsatser enligt 11 kap 1§ Socialtjänstlagen (SoL)

Sökande

Personnummer		Namn	
Gatuadress			
Postnummer	Postort	Telefon	
E-post			

Uppgifter om anhörig/ närstående

Namn	Släktskap / relation
Adress	
Mobiltelefon	

Ansökan gäller (SoL)

- ☐ Stöd i hemmet (hemtjänst)
- ☐ Trygghetslarm
- ☐ Korttidsvård/växelvård
- ☐ Särskilt boende
- ☐ Hemtjänst i särskilt boende
- ☐ Avlösning
- ☐ Ledsagning
- ☐ Dagverksamhet
- ☐ Övrigt

Funktionsnedsättning

--

Beskriv ditt behov av stöd och hjälp till exempel 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 till exempel anhöriga, kommun, försäkringskassa, primärvård, landsting

☐ Ja, jag lämnar medgivande

☐ Nej, jag lämnar inte medgivande

Den som söker är:

☐ Den sökande själv

☐ Fullmakt (skall bifogas)

☐ God man, förvaltare (förordnande skall bifogas)

Underskrift

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

Blanketten skickas till: Vara kommun, Individ och familjeomsorgen, 534 81 Vara