

# Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL



## Sökande

Namn		Personnummer
Adress, postnummer och ort		
Telefon	E-post	

## Stöd- och hjälpbehov

Beskriv funktionsnedsättningen och orsaken till ditt behov av stöd och service: _____ _____ _____ _____ Fortsätt på baksidan
Behov av stöd och hjälp: _____ _____ _____ _____ Fortsätt på baksidan

## Vilken typ av bistånd söker du?

- Boendestöd
- Korttidsboende
- Kontaktperson
- Annat: \_\_\_\_\_
- Läkarintyg/psykologutlåtande bifogas

## Samtycke

Den sökande godkänner att utredning får göras, att kontakt tas samt att nödvändigt underlag för utredning får skickas efter fråga:			
Sjukvården	Socialtjänsten	Försäkringskassan	Tidigare kommun
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## Underskrift

Underskrift och datum, sökande	Underskrift och datum, legal företrädare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare
--------------------------------	---

## Behjälplig vid upprättandet

Namn	Telefon
Adress, postnummer och ort	

## GDPR

De personuppgifter som du lämnar till oss behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen. Mer information om vad detta innebär för dig hittar du på kommunens webbplats, [www.harryda.se/gdpr](http://www.harryda.se/gdpr)