

Ansökan om bistånd

Enligt 4 kap. 1§ SoL, socialtjänstlagen

Sökandes namn		Personnummer
Make/Maka/Sambo		Personnummer
Adress		Tel nr
Närmast anhörig	Släktskap	Tel nr

Ansökan är initierad av:

Den sökande Anhörig God man Annan

Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Omvårdnad/hemtjänst | <input type="checkbox"/> Korttidsplats |
| <input type="checkbox"/> Trygghetslarm | <input type="checkbox"/> Särskilt boende |
| <input type="checkbox"/> Matdistribution | <input type="checkbox"/> Dagverksamhet |
| <input type="checkbox"/> Växelvård | <input type="checkbox"/> |

Ange skäl till att du söker hjälp

Hälsa: _____

Svårigheter i vardagen: _____

Egna Resurser**Rörelseförmåga**

- Går utan stöd Går med hjälpmedel Går i trappor
 Går med stöd av annan person

Gånghjälpmedel

_____ Används: alltid endast för utomhusbruk
(Ange vilket hjälpmedel)

- På/avklädning klarar själv klarar delvis behöver hjälp
Personlig hygien klarar själv klarar delvis behöver hjälp
Toalettbesök klarar själv klarar delvis behöver hjälp

Oro aldrig tidvis alltid

Nuvarande Bostad

Bostadstyp

- Villa/ Radhus Lägenhet

Bostaden är av nedanstående storlek

- 1 rum och kök 2 rum och kök 3 rum och kök Annat

Samtycke

Härmed samtycker jag till att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från

- Primärvården Närstående Annan

Underskrift sökande

Datum

Sökandes namnteckning

Behjälplig vid ansökan har varit

Telefon

Mottaget av

Namn	Datum
Befattning	Kontakt med sökande

Skicka ansökan till

Biståndsenheten
Hesselgrenska
Kanalgatan 15
813 81 HOFORS

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som Du lämnar på denna blankett kommer att registreras i vårt datasystem och användas för hanteringen av Din ansökan. Om Du vill ha ytterligare information om hur personuppgifterna används eller vill att dessa skall ändras, är vi tacksamma för skriftligt besked om detta till vidstående adress.