

Ansökan om insatser enligt Socialpsykatrin (SoL) för personer under 65år

Personuppgifter, för den som är i behov av hjälp/stöd

Efternamn och förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och postort

Jag vill ansöka om

- ☐ Boendestöd
- ☐ Kontaktperson
- ☐ Daglig sysselsättning
- ☐ Boende med inriktning socialpsykiatri

Beskriv din funktionsnedsättning och vilken hjälp du behöver

[illegible]

Bifogar intyg/utlåtande från

☐ Läkare ☐ Psykolog ☐ Arbetsterapeut ☐ Annat _____

Finns behov av tolk

☐ Ja, vilket språk? ☐ Nej

Kontaktuppgifter

Vi kommer att kontakta dig om din ansökan och för att boka in ett utredningssamtal. Hur vill du att vi kontaktar dig?

☐ Telefon, ange telefonnummer _____	
☐ SMS, ange telefonnummer _____	
☐ Mail, ange mailadress _____	
☐ Via denna person _____ Telefonnummer: _____	
Relation till den sökande	
☐ Anhörig	☐ God man/Förvaltare
☐ Personal	☐ Annan _____

Samtycke

Jag samtycker att handlingar/uppgifter som biståndsenheten i Hofors kommun bedömer är av betydelse för utredningen, får inhämtas från ex. Försäkringskassan, skolan, sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter. Samtycket gäller under aktuell utredningsperiod och fram till beslut tagits

☐ Ja, jag lämnar mitt samtycke	☐ Nej, jag lämnar inte mitt samtycke
☐ Nej, jag lämnar inte samtycke till kontakt med _____	

Företrädare

☐ God man	☐ Förvaltare	☐ Ombud med skriftlig fullmakt
----------------------------------	-------------------------------------	---

Utdrag/kopia på förordandet och/eller fullmakten skall bifogas ansökan

Sökandes underskrift (eller God man/Förvaltare)

Namnteckning	Datum och ort
Namnförtydligande	

Blanketten skickas till: Biståndsenheten
Hofors Kommun
Hantverkargatan 21
813 30 Hofors
Fax: 0290-20708