



LYCKSELE
KOMMUN
LIKESJUON KOMMUVDNA

Ansökan om bistånd enl 4 kap 1 §
Socialtjänstlagen (SoL)

Sökande

Sökandes namn	Personnummer
Gatuadress, postnummer och ort	
E- postadress	Telefon
Civilstånd	
<input type="checkbox"/>	Ensamstående
<input type="checkbox"/>	Sambo
<input type="checkbox"/>	Gift
Kontaktuppgifter anhörig eller annan företrädare	
Namn	
Relation	
Gatuadress , postnummer och ort	
E-postadress	
Telefon	

Ansökan avser

Beskriv **vad** du behöver hjälp med :

Beskriv **varför** du behöver hjälp :

Val av hemtjänstutförare

Jag väljer utförare :

Försäkran och underskrift

Jag försäkrar att inlämnade uppgifter i denna ansökan är korrekta.
Jag tillåter att nödvändiga uppgifter om min person får lämnas till utföraren för att serviceinsatserna ska kunna genomföras på ett tryggt och säkert sätt.
Jag samtycker till behandling av mina personuppgifter i Stöd- vård & omsorgs dataregister.
Jag samtycker till att Biståndshandläggare kontaktar mig för information om äldreomsorgens insatser, om mitt behov kräver en mer utförlig utredning.
Avgift för serviceinsatser debiteras enligt fastställd taxa
För att ansöka om reducerad avgift behöver du fylla i och lämna in en inkomstförfrågan till kommunen.

Datum

Sökandens underskrift

Samtycke

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att handläggare på biståndsenheten får samarbeta i mitt ärende vid behov med berörda inom :

Regionen / sjukvården

Min hälsocentral

God man / förvaltare

Personligt ombud

Försäkringskassan

Missbruksenheten IFO

Utförare hemtjänst

Psykiatrisk öppenvård :

Anhörig:

Annan :

Jag vill inte att ni kontaktar :

Samtycket kan sägas upp när som helst eller ändras under pågående insats

Datum:

Underskrift:

Ansökan skickas till :

Lycksele Kommun , Socialnämnden , Biståndshandläggning , 92181 Lycksele