



Ansökan om insats enligt Sol
(Socialtjänstlagen)

Alla här lämnade uppgifter samt uppgifter som hämtats in från vissa myndigheter kommer att bearbetas och lagras i arkiv eller på elektronisk väg i kommunens system under beaktande av bestämmelserna enligt Dataskyddsförordningen EU 2016/679 (GDPR).

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

| | |
|---|---------------------------|
| Efternamn och förnamn | Personnummer |
| Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort) | Telefon (även riktnummer) |
| Mobnr: | E-post |

Beskrivning av livssituation

Beskrivning av hjälpbehov



Samtycke

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag får inhämtas från:

Sjukvård Socialtjänst Försäkringskassa Skola Tidigare kommun
 Ja Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej

Annan: Ja Nej

Närstående/anhöriga

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| Efternamn och förnamn | Telefon (även riktnummer) |
| Adress | Postnummer |

Behjälplig med ansökan

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| Efternamn och förnamn | Telefon (även riktnummer) |
| Adres | Postnummer |

Underskrift

| | |
|---------------|--|
| Ort och datum | Sökandens underskrift |
| | <input type="checkbox"/> Den enskilde <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Fullmacts innehavare |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Blanketten skickas till:

Biståndsenheten
Hofors Kommun
Granvägen 8
813 81 Hofors
Fax: 0290-460 51