**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  Den enskilde  God man  Förvaltare  Fullmakts  innehavare         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Blanketten skickas till:** Biståndsenheten  
 Hofors Kommun  
 Granvägen 8  
 813 81 Hofors  
 Fax: 0290-460 51