**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 [ ] NejAnnan:       [ ]  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