

Ansökan om insats enligt Socialtjänstlagen kap 11 § 1 (SoL)**Personuppgifter, för den som är i behov av hjälp/stöd**

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

Vad behöver du hjälp med?**Varför behöver du hjälp?****Samtycke**

För att kunna bedöma din ansökan kan biståndshandläggaren behöva hämta upplysningar från exempelvis anhöriga, närstående, näransvarig i hemtjänsten, primärvård, regionen, socialtjänsten eller motsvarande. För att kunna ta dessa kontakter behöver vi ditt samtycke.

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

Närstående/anhörig som får kontaktas gällande inkommen ansökan

Efternamn och förnamn	Telefon (även riktnummer)
Adress	Postnummer

Finns behov av tolk?

<input type="checkbox"/> Ja, vilket språk? _____
<input type="checkbox"/> Nej

Behjälplig med ansökan

Efternamn och förnamn	Telefon (även riktnummer)
Adress	Postnummer

Företrädare

<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud med skriftlig fullmakt
Utdrag/kopia på förordandet och/eller fullmakten skall bifogas ansökan		

Underskrift

Sökandes underskrift	Datum och ort
Eventuell legal företrädares underskrift	Datum och ort
Namnförtydligande legal företrädare	

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

Biståndshandläggarnas notering

Ansökan mottagen	Datum	Signatur
------------------	-------	----------

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).