

Ansökan om stöd och hjälp enligt Socialtjänstlagen (SoL)

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer	Mobilnummer
Ort	E-postadress

Beskriv din funktionsnedsättning/hälsosituation:

Beskriv ditt behov av stöd:

Godkännande

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter. Kryssa i ja-rutan nedan för att godkänna detta:

- Ja**, ni får hämta upplysningar om mig från försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården eller från en annan kommun.
- Nej**, ni får INTE hämta upplysningar om mig från andra myndigheter.

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av ärendet kommer att behandlas enligt Personuppgiftslagen (PUL) och jag försäkrar att mina personliga uppgifter är sanningsenliga.

Sökande

Datum: _____

Underskrift: _____
(Om ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda föräldrarna skriva under.)

Namnförtydligande: _____

Behjälplig med ansökan

Jag som hjälpt till med denna ansökan är: God man Förvaltare Annan: _____

Namn	Telefonnummer
Gatuadress	Mobilnummer
Postnummer och ort	E-postadress

Skickas till:

Forshaga kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Biståndsenheten
Box 93
667 22 FORSHAGA

Forshaga kommun

Postadress: Box 93, 667 22 Forshaga, Besöksadress: Storgatan 52

E-post: kommun@forshaga.se, Hemsida: www.forshaga.se, Telefon: 054-17 20 00, Fax: 054-87 34 61