

Knivsta kommun

741 75 Knivsta

knivsta@knivsta.se, 018-34 70 00

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen

* = Obligatorisk uppgift

Ansökan enligt socialtjänstlagen 4 kap. 1 §.

Sökande (den biståndet avser)

Förnamn*
Efternamn*
Personnummer*
Utdelningsadress*

Postnummer*
Postort*
Telefon (även riktnummer)*
E-postadress

Eventuell maka/make, registrerad partner, sammanboende

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Eventuell vårdnadshavare

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Har sökanden god man, förvaltare, förmyndare eller särskild förordnad vårdnadshavare?*

Vid förvaltare ska kopia av förordnandet som förvaltare bifogas ansökan.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> God man | <input type="checkbox"/> Särskild förordnad vårdnadshavare |
| <input type="checkbox"/> Förvaltare | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Förmyndare | |

Knivsta kommun

Eventuell god man/förvaltare/förmyndare/särskild förordnad vårdnadshavare

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Ansökan avser*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Avlösning | <input type="checkbox"/> Kontaktperson | <input type="checkbox"/> Trygghetslarm |
| <input type="checkbox"/> Dagverksamhet | <input type="checkbox"/> Korttidsboende | <input type="checkbox"/> Annat bistånd |
| <input type="checkbox"/> Hemtjänst | <input type="checkbox"/> Ledsagning | <input type="checkbox"/> Jag/vi vill rådgöra med handläggare angående lämplig insats |

Annat bistånd, ange vad**Beskriv hjälpbehovet*****Beskriv varför insatsen eller insatserna behövs*****Beskriv hur behovet tidigare tillgodosetts***

Knivsta kommun

Har sökanden behov av tolk? Ja, ange språk Nej**Finns behov av service och omvårdnad på minoritetsspråk eller annat språk?** Ja, ange språk Nej**Finns det ett pågående ärende om insats eller insatser?** Ja Nej**Om ja, ange vilken eller vilka insatser****Övriga upplysningar****Bilagor** Kopia på förordnande som förvaltare**Information om medgivande**

Om den sökande lämnar sitt medgivande till att uppgifter får inhämtas från andra myndigheter, organisationer eller personer ska det tydligt framgå vilka som får kontaktas och i vilket syfte. Medgivandet lämnas i samråd mellan den sökande och handläggaren.

Underskrift

Underskrift av sökanden eller eventuell vårdnadshavare, god man, förvaltare, förmyndare eller särskild förordnad vårdnadshavare

Datum och sökandens underskrift

Datum och sökandens underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande



Hantering av personuppgifter:

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.