



**SKICKA ANSÖKAN TILL:**

Örnsköldsviks kommun  
Utredningsenheten LSS, psykosociala vuxenområdet och BAB  
Nygatan 16 vån 2  
891 88 ÖRNSKÖLDSEVIK

**ANSÖKAN**

**Insatser enligt SoL**

*Socialtjänstlagen*

**Datum**

\_\_\_\_\_

**PERSONUPPGIFTER**

Efternamn och förnamn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postadress)	Telefon (även riktnummer)

**BESKRIVNING**

**Vad ansöker jag om:**

---

---

---

---

**Jag ansöker om bistånd därför att:**

---

---

---

---

---

**Min funktionsnedsättning är (beskriv även hur detta påverkar din vardag):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Beskrivning av vilka moment jag behöver hjälp med i det vardagliga:**

---

---

---

---

---

---

---

## SÖKANDE

Den sökande är

Personen själv

Vårdnadshavare

Förvaltare

God man

## MEDGIVANDE OCH UNDERSKRIFT

Jag medger att kommunen för handläggning av ärendet får inhämta de uppgifter som behövs från Försäkringskassan, sjukvården, annan socialtjänst och i förekommande fall Arbetsförmedling

Ja

Nej

Jag är medveten om och godkänner att mina personuppgifter samt övriga nödvändiga uppgifter för handläggning av mitt ärende kommer att registreras i enlighet med Dataskyddsförordningen, GDPR.

Ja

Nej

**Sökandens underskrift** .....  
(För barn under 18 år krävs **båda** vårdnadshavares underskrifter)

**Behjälplig vid upprättandet** .....

Namn .....

Namnteckning .....

Utdelningsadress .....

Telefon dagtid .....

## ÖVRIG INFORMATION

Bifoga gärna intyg som beskriver din funktionsnedsättning, din diagnos.

**Vill du få mer information kan du kontakta Biståndshandläggarna genom Kontaktcenter tfn. 0660-88 000**