

SKICKA ANSÖKAN TILL:

Örnsköldsviks kommun
Omsorgsenheten
Nygatan 16 vån 2
891 88 ÖRNSKÖLD SVIK

ANSÖKAN

Datum

Insatser enligt SoL

Socialtjänstlagen

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

Namnsteckning

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