

**Biståndsenheten  
Individ- och omsorgsavdelningen  
683 80 Hagfors**

**Ansökan om biståndsinsatser enligt 11 kap 1 § Socialtjänstlagen (SoL)**

**Sökande**

Personnummer		Namn	
Adress		Postnummer	Ort
Telefonnummer, dagtid	Telefonnummer, kväll	Mobiltelefonnummer	
E-postadress			

**Uppgifter om anhörig/närstående**

Namn		Släktskap/relation	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon arbete	Mobiltelefonnummer	

**Ansökan gäller (SoL)**

<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet
<input type="checkbox"/> Korttid/växelvård
<input type="checkbox"/> Avlösning
<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Ledsagning
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet
<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Annat

**Funktionsnedsättning**


**Beskriv ditt behov av stöd och hjälp, när du har behov, samt orsak**


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.

## Underskrifter

Ort och datum
Namnteckning

## Samtycke

För att kunna handlägga din ansökan kan individ- och omsorgsutskottet behöva inhämta upplysningar från till exempel anhöriga, kommun, försäkringskassa, primärvård och regionen.

Ja, jag lämnar medgivande  Nej, jag lämnar inte medgivande

### Den som söker är

- Den sökande själv  Vårdnadshavare. Vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna.  
 God man, förvaltare. Förordnande ska bifogas.

## Underskrifter

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

## Behjälplig vid ansökan

Namn	Telefonnummer
------	---------------

**Blanketten skickas till**  
**Hagfors kommun**  
**Individ- och omsorgsavdelningen, biståndsenheten**  
**Dalavägen 12**  
**683 80 Hagfors**