

Ansökan om särskilda insatser enligt SOL Datum

Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Utdelningsadress, postnummer och postort	Telefonnummer
--	---------------

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (exempelvis förflyttning och personlig hygien)

Praktisk situation (beskriv hur vardagen fungerar)

Insats/insatser som begärs enligt SOL

- Kontaktperson
- Sysselsättning
- Boendestöd
- Bostad med särskild service för vuxna

Jag har tidigare ansökt eller fått insatser via SOL

- Ja, i _____ kommun Nej

Sökande

<input type="checkbox"/> Den enskilde	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
---------------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------

Sökandens underskrift

Namnteckning	Namnförtydligande
--------------	-------------------

Behjälplig i ansökningsförfarandet

Namnteckning	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postadress
Telefon	E-postadress

Medgivande

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland ta kontakt med andra myndigheter.

Jag godkänner att ni får hämta uppgifter om mig hos Försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården eller från annan kommun.

- Ja Nej

**ANSÖKAN SKICKAS TILL
SOCIALPSYKIATRIN
Hagfors kommun
683 80 Hagfors**