

Ansökan om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL)

Glöm inte att du kan behöva bifoga egenvårdsintyg vid behov. Detta behövs endast när du har fått ett beslut om egenvård från din vårdgivare.

1. Sökandes personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer
Gatuadress (Portkod)		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

2. Bor du tillsammans med någon annan person?

NEJ

JA, jag bor tillsammans med: _____
Ange namn, personnummer

Hushållsgemenskap

Sammanboende har ett gemensamt ansvar för hemmets skötsel, det vill säga om en person i hushållet har förmåga att till exempel städa, tvätta, göra inköp, laga mat, diska så beviljas inte de insatserna. Om du är sammanboende med någon och ansöker om hushållssysslor behöver du därför beskriva alla i hushållets förmåga.

3. Jag ansöker om följande insats/insatser enligt SoL

Sätt i ett kryss bredvid den/de insatser du vill ansöka om

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| HEMTJÄNST | <input type="checkbox"/> |
| LEDSAGARSERVICE | <input type="checkbox"/> |
| FÖLJESLAGARE | <input type="checkbox"/> |
| KONTAKTPERSON | <input type="checkbox"/> |
| BOENDESTÖD | <input type="checkbox"/> |
| SÄRSKILT BOENDE | <input type="checkbox"/> |
| DAGVÅRD | <input type="checkbox"/> |
| AVLASTNING | <input type="checkbox"/> |
| TRYGGHETSLARM | <input type="checkbox"/> |
| MATDISTRIBUTION | <input type="checkbox"/> |
| SYSSELSÄTTNING | <input type="checkbox"/> |

4. Varför ansöker du om stöd och hjälp?

Beskriv ditt hjälpbehov så detaljerat som du kan. På sista sidan finns ytterligare plats att skriva.

5. Hälsa

Beskriv ditt hälsotillstånd så detaljerat som du kan.

6. MÅLSÄTTNING

Vad är ditt mål med insatsen/insatserna? Vad vill du uppnå med insatsen/insatserna?

7. Behöver du tolk?

Do you need a interpreter?

JA

NEJ

Om ja, vilket språk? _____

Which language?

8. Vill du att vi ska kontakta någon annan än dig gällande ansökan?

Ange kontaktuppgifter till den person som du vill att vi ska inhämta information från samt lämna information till. Lämna fälten tomma om du vill att vi kontaktar dig direkt.

- Anhörig
 God man/förvaltare
 Ombud enligt fullmakt
 Annan person

Förnamn och efternamn		
Gatuadress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

Förnamn och efternamn		
Gatuadress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

9. Uppgifter från andra – Begäran av samtycke

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva hämta in andra uppgifter från andra myndigheter. Detta görs endast om du samtycker till det. Genom att kryssa i rutan/rutorna nedan samtycker du till att ansvarig handläggare får hämta in uppgifter.

- Tidigare utredning
 Vårdcentral eller sjukhus
 Arbetsterapeut/sjuksköterska
 Annan socialtjänst/kommun

10. Underskrift

Jag försäkrar att dessa uppgifter som jag har lämnat under ansökan/utredningen är korrekta och fullständiga. Glöm inte att bifoga läkarintyg, utlåtande eller annan bedömning vid behov.

Sökande

Ort och datum	Namnförtydligande
Namnteckning	

Person/God man/Förvaltare som varit behjälplig vid ansökan

Ort och datum	Namnförtydligande
Namnteckning	

En biståndshandläggare tar del av uppgifterna på blanketten och utreder behovet av sökta insatser. När biståndshandläggaren har utrett ditt behov av stöd och hjälp kommer du att få ett beslut per brev. Om biståndshandläggaren har kompletterande frågor kan biståndshandläggaren komma att kontakta dig.

Ansökningsblankett skickas till:

Askersunds kommun
Socialförvaltningen
Biståndshandläggare
696 82 Askersund

