



## Ansökan om insatser enligt socialtjänstlagen

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postnummer och ort
Personnummer	Telefonnummer
E-post	

### Boende

Hur bor du? Beskriv kortfattat om du bor i fastighet med trappor, lägenhet eller hus
Bor du ensam eller tillsammans med någon? <input type="checkbox"/> Jag bor ensam <input type="checkbox"/> Jag bor tillsammans med någon

### Företrädare för den sökande (om sådan finns)

Vårdnadshavare     God man     Ombud enligt fullmakt     Förvaltare

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-post

Vårdnadshavare     God man     Ombud enligt fullmakt     Förvaltare

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-post

### **Nuvarande insatser**

Har du stöd från hemtjänsten sedan tidigare?

Ja

Nej

### **Nya insatser**

**Vad ansöker du om?**

**Vad är det som gör att du söker det här stödet?**

**Beskriv kortfattat om du har några sjukdomar eller begränsningar.**

### **Förflyttar du dig självständigt eller använder du hjälpmedel?**

Jag har inget förflyttningshjälpmedel idag, men behöver ett.

Jag förflyttar mig självständigt utan hjälpmedel.

Jag använder förflyttningshjälpmedel.

Om du behöver förflyttningshjälpmedel kontakta en arbetsterapeut eller sjukgymnast via vårt medborgarcenter som kopplar dig till rätt person.  
Telefon: 046-359 50 00.

### **Medgivande om inhämtning av uppgifter**

För att vi ska kunna hantera din ansökan kan vi ibland behöva uppgifter från andra myndigheter. Vi ber därför om ditt medgivande för att kunna hämta de uppgifter som behövs. Du kan ta tillbaka ditt medgivande när du vill.

#### **Medgivande**

JA, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga ansökan får inhämtas från Försäkringskassan, socialtjänst, sjukvården eller andra myndigheter.

NEJ, jag vill inte att ni inhämtar några uppgifter om mig eller min situation.

### **Intyg**

Bifoga läkarintyg eller andra typer av intyg som vi kan behöva som underlag för beslut. Du kan välja att inte bifoga dokument direkt. Då kommer vi att titta på din ansökan och därefter kontaktar vi dig om vi behöver be om någon typ av intyg.

#### **Typ av intyg**

Intyg från arbetsterapeut eller arbetsterapeutsutlåtande

Läkarintyg

Psykologutlåtande

Annat intyg

### **Kontakt**

**Godkänner du att vi vid behov har kontakt med en närstående eller en företrädare för att få mer information om ditt ärende?**

Ja       Nej

#### **Om ja, ange närstående eller företrädare**

Förnamn	Relation, till exempel "Min mamma"
E-postadress	Telefonnummer

## Underskrift

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Jag medger att mitt ärende med personuppgifter får registreras av kommunen för diarium, handläggning och arkivering.

Jag som gör denna ansökan är

Den sökande    Vårdnadshavare    God man    Förvaltare

Ombud enligt fullmakt, **bifoga fullmakt**

**Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavare skriva under.**

Ort och datum
Namnunderskrift
Namnförtydligande

Ort och datum
Namnunderskrift
Namnförtydligande

## Ansökan skickas till:

Myndighetsfunktionen  
Box 41  
221 00 Lund

Din handläggare kontaktar dig oftast inom två veckor.