



Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen

Sökandens namn	Personnummer
Adress	Telefon bostad/mobilnummer
Postnummer och postort	E-postadress
*Eventuell god man/förvaltare, ombud	Telefon bostad/mobilnummer
Adress	
Behjälplig vid ansökan namn	Telefon bostad/mobilnummer
Adress	

* kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas ansökan

Ansökan gäller

<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet
<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Varuhemhandling
<input type="checkbox"/> Korttidsplats	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Växelvård	
<input type="checkbox"/> Annat bistånd.....	

Jag behöver hjälp med följande

--

Orsak till att jag behöver insatsen

--

Underskrift

Tillstånd att inhämta uppgifter från andra myndigheter, läkare mfl. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Datum: Underskrift:

Ansökan skickas till Arvika kommun Vård och omsorg 671 81 Arvika	Telefon 0570-816 00
--	-------------------------------

Arvika kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordning GDPR och den svenska kompletterande lagen för dataskydd. För mer information om Arvika kommuns hantering av personuppgifter besök vår webbplats www.arvika.se/dataskydd.