



## Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen

### Vård och omsorg

|                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Sökandens namn</b>                | <b>Personnummer</b>               |
| <b>Adress</b>                        | <b>Telefon bostad/mobilnummer</b> |
| <b>Postnummer och postort</b>        | <b>E-postadress</b>               |
| *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 m fl | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| <b>Datum:</b>   | <b>Underskrift:</b>         |                              |

|  |   |
|--|---|
| <b>Sänd ansökan till</b><br>Arvika kommun, 40. Vård och omsorg,<br>671 81 Arvika | <b>Telefon och besöksadress: 0570-816 00</b><br>Östra Esplanaden 5, 671 31 Arvika |
|--|---|