

## Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen

\* Obligatoriska fält

### Dina uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Telefon*
E-post
Eventuell sammanboende
Telefon/E-post
Eventuell behjälplig person vid ansökan
Telefon/E-post
Vägbeskrivning
Eventuell portkod och/eller eget bostadslarm
Eventuella husdjur
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange språk*

## Ansökan

Ansökan gäller	
<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Korttidsplats	<input type="checkbox"/> Växelvård
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet (för dig men kognitiv svikt)	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Annat bistånd (ex ledsagning, avlastning och social aktivering)	
Serviceinsatser	
<input type="checkbox"/> Varuhemhandling	<input type="checkbox"/> Städ
<input type="checkbox"/> Tvätt	
Annat bistånd, Vad?	
Jag behöver hjälp med följande	
Orsak till att jag behöver insatsen	
Samtycke att delge berörda verksamheter nödvändig information samt inhämta uppgifter från anhöriga, Regionen och Kommunen.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Namn	
Telefonnummer/E-post	
Relation till sökande	

## Sökandes underskrift

---

Ort och datum

---

Underskrift