



SVENLJUNGA  
KOMMUN

## Ansökan om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL)

### Sökande

Sökandens namn	Personnummer
Postadress (gata, box etc.)	Postnummer och ort
E-postadress till sökanden	Telefon dagtid

### Jag behöver stöd med

### Orsak till varför jag behöver stöd

### Idag har jag detta stöd från Svenljunga kommun



Idag har jag detta stöd från en annan kommun (uppge vilken kommun du får hjälp ifrån)

--

## Tolk

Jag behöver tolk på detta språk:
----------------------------------

## Andra kontaktuppgifter om du inte kan nås

Närståendes för- och efternamn	Relation	Telefonnummer
Juridisk företrädare för- och efternamn		Telefonnummer
Fullmakt /förordnande finns Ja och bifogas ansökan Nej		Fullmakt/förordnande finns för detta:

## Samtycke

Jag lämnar samtycke till att utredaren får inhämta nödvändig information som behövs för att utreda min ansökan. Uppgifter från hämtas från nedanstående:			
Närstående	Legal företrädare	Hemsjukvård sjuksköterska	Hemsjukvård Rehab
Vårdcentral	Specialistmottagning	Sjukhus	Från annan, ange vem:

## Underskrift

Datum	Sökandens underskrift	Namnförtydligande
-------	-----------------------	-------------------



SVENLJUNGA  
KOMMUN

## Information

### Blanketten skickas till

Svenljunga kommun, socialförvaltningen, 512 80 Svenljunga

### Så behandlar vi dina personuppgifter

Vi behandlar dina personuppgifter som underlag för att handlägga ärendet. Den lagliga grunden för behandlingen är myndighetsutövning. På [www.svenljunga.se/gdpr](http://www.svenljunga.se/gdpr) kan du läsa mer om hur Svenljunga kommun hanterar personuppgifter.

