



Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefon (även riktnummer)

Medsökande

Namn	Personnummer
------	--------------

Ansökan om bistånd *(Sätt kryss framför den insats som söks)*

<input type="checkbox"/> Hemtjänst i form av: ----- <input type="checkbox"/> Matdistribution <input type="checkbox"/> Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Korttidsplats/Växelvård <input type="checkbox"/> Särskilt boende <input type="checkbox"/> Annan hjälp i form av: -----
--

Dessa insatser fördelas efter en särskild utredning och behovsprövning enligt Socialtjänstlagen.

Medgivande

I samband med min underskrift nedan medger jag att uppgifter, som är nödvändiga för bedömning av rätt till sökta insatser och som kan vara sekretessbelagda hos Försäkringskassan, Sjukvården, Vuxenrehabiliteringen eller Socialtjänsten får inhämtas av Socialförvaltningen i Ljungby kommun.

Information

Insamlade personuppgifter kommer att registreras, lagras och användas som underlag för beslut om insatser och avgifter. Uppgifterna behandlas i datamedia. För att kunna utföra uppdraget kan berörd personal behöva ta del av utredningen.
--

Underskrift av sökanden

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Om annan än sökanden själv, markera i lämplig ruta:

God man Förvaltare Ombud med skriftlig fullmakt

Namn, adress och telefon till god man/förvaltare/ombud