

**ANSÖKAN**  
Om insats enligt  
Socialtjänstlagen ( SoL )**Sänds till:**  
Sollefteå kommun  
Individ- och familjeomsorgen  
Socialpsykiatri  
881 80 SOLLEFTEÅ

Datum .....

**Sökanden**

Namn: ..... Personnummer: .....

Adress: ..... Telefonnummer: .....

Postadress: ..... Mobilnummer: .....

**Anledning till ansökan**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Beskrivning av funktionsnedsättning, om möjligt diagnos / diagnoser**

( Skicka med aktuella läkarintyg som styrker funktionsnedsättningen )

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Jag vill ansöka om hjälp/stöd med:**

( Sätt kryss i de rutor som ansökan gäller + skriv ev. kommentar )

Planera inköp

.....  
.....  
.....

Utföra inköp

.....  
.....  
.....

Städning / hushållsgöromål

.....  
.....  
.....

Kontakta sjukvård / myndigheter

.....  
.....  
.....

Personlig hygien

.....  
.....  
.....

Bryta isolering

.....  
.....  
.....

Annat

.....  
.....  
.....

**Medgivande**

Jag medger att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av rätt till begärda insatser och som är sekretessbelagda får inhämtas av Socialpsykiatri-handläggare i Sollefteå kommun från:

(Sätt ett kryss i de rutor medgivandet gäller för)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan                | <input type="checkbox"/> Psykiatrin     |
| <input type="checkbox"/> Sjukvården                       | <input type="checkbox"/> Socialtjänsten |
| <input type="checkbox"/> Ungdom-/Vuxenhabiliteringen      |   |
| <input type="checkbox"/> Anhörig Namn/telefonnummer _____ |   |

**Information**

Insamlade uppgifter kommer att registreras, lagras och användas som underlag för beslut om rätt till begärda insatser.

Uppgifterna behandlas i datamedia.

Berörd personal kan komma att behöva ta del av de delar i utredningen som berör aktuell situation och behovsbedömning.

**Underskrift av sökande**

.....  
Datum

.....  
Namnteckning

**Om annan än sökanden själv, sätt kryss i lämplig ruta och bifoga fullmakt:**

- God man
- Förvaltare
- Annan person .....

Namn: .....

Adress: .....

Telefon: .....

.....

Underskrift