



Skicka den ifyllda blanketten till:

**Kungsörs kommun**  
**Socialförvaltningen**  
**Individ- & familjeomsorgen**  
**736 85 Kungsör**

## Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen

### Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer, 10 siffror
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress

Dina personuppgifter kommer att databehandlas enligt bestämmelserna i personuppgiftslagen (PuL). Det betyder att de på förvaltningen dit du skickar blanketten använder dina personuppgifter för att kunna ta hand om din ansökan/anmälan på ett bra sätt. Uppgifterna kan också bland annat komma att användas för att ta fram statistik och för att arkiveras. De som ansvarar för att dina personuppgifter används som lagen säger, är de som sitter i de politiska nämnderna för respektive förvaltning.

Syftet med lagen (PuL) är att skydda dig, så att de personuppgifter du lämnat inte används på ett felaktigt sätt. Du har rätt att få veta hur dina personuppgifter använts. Kommunen måste också rätta till felaktiga uppgifter. Vill du veta mer skriv till: Personuppgiftsansvarig, 736 85 Kungsör. Se även: [www.kungsor.se/pul](http://www.kungsor.se/pul)

### Jag ansöker om: (sätt kryss i rutan framför)

<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet	<input type="checkbox"/> Servicelägenhet	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Trygghetstillsyn	<input type="checkbox"/> Trygghetsringning

På raderna nedan kan du fritt skriva om vilken hjälp eller stöd som du vill ansöka om

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fortsätt fylla i uppgifter på sida 2

**Beskrivning:**

Kortfattat om behov av hjälp, praktisk situation (Hur fungerar vardagen?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Om du vill, hjälper vi dig gärna att fylla i de här uppgifterna

**Samtycke**

Den som söker godkänner att:

- biståndshandläggaren får hämta upplysningar hos socialtjänsten, hälso- och sjukvården och/eller annan kommun  Ja  Nej
- biståndshandläggaren får lämna upplysningar till annan vårdgivare  Ja  Nej
- journaler får läsas av berörd personal  Ja  Nej

För att kunna ta hand om ansökan och behandla den på ett fullständigt sätt behöver vi samtycke från den sökande

Den som söker är:

Den sökande själv	Vårdnadshavare (för barn/ungdom 0-18 år)	God man	Förvaltare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skicka med en kopia på ditt uppdrag om du är förvaltare eller god man

Den sökandes underskrift

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

Den som hjälpt till med ansökan

Namnteckning			
Namnförtydligande			
Adress	Postnummer	Ort	Telefonnummer