



Sökandes personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	Telefon
Postnummer och ort	E-post

Närmast anhörig

Namn	Relation
Telefon	E-post

Ansökan avser:

Anledning till ansökan:

Svårigheter i vardagen:

Funktionsnedsättning/hälsosituation

Behandling av personuppgifter

När du skickar in denna blankett kommer dina personuppgifter att behandlas av Omsorgsnämnden i Sandvikens kommun som är personuppgiftsansvarig. För mer information om hur dina personuppgifter behandlas hänvisas till sandviken.se/gdpr. Du kan även få information om vilka personuppgifter vi har sparat om dig, genom att skicka en skriftlig begäran till Omsorgsförvaltningen.

Medgivande/Samtycke

För att en korrekt bedömning ska kunna göras kan vi behöva inhämta uppgifter från t.ex. Försäkringskassan, landstinget, socialtjänsten eller från annan nämnd i Sandvikens kommun.

Jag medger att handläggare under utredningen efter överenskommelse får ta kontakt och inhämta uppgifter som är viktiga för utredningen och bedömningen:

Ja Nej

Har någon hjälpt dig med ansökan? Om ja, fyll i uppgifterna nedan.

<input type="checkbox"/> Ja, Anhörig eller annan	<input type="checkbox"/> Ja, god man/förvaltare
Namnteckning	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och postort
E-post	Telefon

Underskrift

Namnteckning	Ort/datum
Namnförtydligande	