



Personuppgifter

Efternamn och förnamn		Personnummer
Adress (utdelningsadress)		Telefon
Postnummer och ort	e-post	

Kryssa för den insats du vill ansöka om

<input type="checkbox"/> Boende
<input type="checkbox"/> Boendestöd
<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse
<input type="checkbox"/> Sysselsättning

Närstående

Efternamn och förnamn		Personnummer
Adress (utdelningsadress)		Telefon
Postnummer och ort	Relation	

Beskriv din funktionsnedsättning

--

Social bakgrund – kontaktnät, bostadsförhållande, ekonomi

--

Psykosocialt (emotionellt-sinnesstämning, sjukdomsupplevelse, relationer, missbruk)

--

Arbete – studier (studiebakgrund, arbetserfarenheter)

--

Intressen (vardagsliv, vanor)

--

Kontaktpersoner/ansvarig läkare /hur ofta träffas ni, vad behandlar ni då)

--

Insatser från annan myndighet

Har du pågående eller ansökta insatser från **Försäkringskassan**?

Ja Nej

Om ja, vilken insats:

--

Annat språk än svenska

Behov av tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk:
---	--------

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

<input type="checkbox"/> Ja, vårdnadshavare/förmyndare	<input type="checkbox"/> Ja, god man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Ja, annan
Namnsteckning	Namnförtydligande	
Utdelningsadress	Postnummer och postort	

E-post	Telefon
--------	---------

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

Underskrift

Namnteckning	Ort datum
Namnförtydligande	

**Blanketten skickas till:
Sandvikens kommun
Omsorgsförvaltningen
811 80 Sandviken**