



Omsorgsförvaltningen
Sandvikens kommun
Hamngatan 12
811 80 Sandviken

Ansökan om insatser enl SoL

Datum.....

Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer
Postadress, gatuadress och nr	Telefonnummer
Postadress, postnummer och ort	E-post
.....

Markera önskad insats

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

Närstående – namn, adress, tel, relation

.....
.....

Kontaktorsak/aktuell fråga (vilken funktionsnedsättning anser du att du har och som du inte får hjälp med någon annanstans)

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

Vårderfarenhet/Hälsohistoria (Kort sjukdomshistoria, ev diagnos)

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

Dina uppgifter kommer att registreras och behandlas i enlighet med reglerna i Socialtjänstlagen och Personuppgiftslagen, PUL.

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)

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

Den sökande godkänner att utredning får göras, samt att erforderligt underlag för detta beslut får inhämtas från andra myndigheter (t ex Landstinget eller Försäkringskassa)

Ja.....

Nej.....

Underskrift.....

Behjälplig vid ansökan

Namn	Telefonnummer
.....
Adress	
.....	
E-post	
.....	@