



**Personuppgifter**

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

**Beskriv vad du behöver stöd med**

**Beskriv din funktionsnedsättning cW \ i f'XYb'd€j Yf\_Uf'X]b'j UfXU**

**Social bakgrund** – kontaktnät, bostadsförhållande, ekonomi

**5 fVYh'!'gli XJYf** (studiebakgrund, arbetserfarenheter)

**blfYggYb** (vardagsliv, vanor)

### Insatser från annan myndighet

Har du pågående eller ansökta insatser från **UbXfUa nbX][ \ YHf**?

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](http://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

Namnsteckning	Ort datum
Namnförtydligande	

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