

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL), Socialpsykiatri

* Obligatoriska fält

1 Insatser

1.1 Vem är du som gör den här ansökan?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Den sökande själv	<input type="checkbox"/> God man/förvaltare/fullmaktshavare
1.2 Är ni flera personer i hushållet?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Nej, jag/sökande bor själv	<input type="checkbox"/> Ja men bara en av oss behöver stöd
1.3 Behöver du tolk när du har kontakt med oss? (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
1.4 Om ja, vilket språk eller vilken typ av tolk	

2 Sökande

2.1 Förnamn*
2.2 Efternamn*
2.3 Personnummer (ÅÅÅÅMMDDXXXX)*
2.4 Adress*
2.5 Postnummer*
2.6 Postadress*
2.7 Telefon (inkl.riktnummer)
2.8 Mobil
2.9 E-postadress*

3 God man, förvaltare

3.1 Förnamn*
3.2 Efternamn*
3.3 Personnummer (ÅÅÅÅMMDDXXXX)*
3.4 Adress*
3.5 Postnummer*
3.6 Postadress*
3.7 Telefon (inkl.riktnummer)
3.8 Mobil
3.9 E-postadress*
3.10 Relation till den sökande, vid ev. fullmakt:
3.11 (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Bifogar via e-post <input type="checkbox"/> Jag skickar intyg per post
3.12 Bifoga intyg <input type="checkbox"/> Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

4 Beskrivning

4.1 Beskriv din livssituation och dina behov*

4.2 Vilka insatser är det du ansöker om? *

Särskilt boende

Sysselsättning

Kontaktperson

Boendestöd

4.3 Hur vill du bifoga eventuellt läkarintyg för begäran?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Via post

Bifogar via e-post

4.4 För att behandla din begäran behöver vi få in medicinska underlag

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

5 Samtycke

5.1 Samtycke*

Jag godkänner att förvaltningen får hämta upplysningar om mig hos socialtjänsten, hälso- och sjukvården och/eller annan kommun

Jag har fått samtycke från den person det gäller, att skicka denna ansökan (behöver endast fyllas i om ansökan gäller annan person än dig själv)

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Förvaltare

Ort och datum

Underskrift

Skicka ansökan per brev till:

Perstorps Kommun

Att: Socialsekreterare socialpsykiatri

284 85 Perstorp

eller via e-post: socialsekreteraresocpsyk@perstorp.se