

Oskarshamns kommun  
 Box 706, 572 28 Oskarshamn  
 kommunen@oskarshamn.se, 0491-880 00

## Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen

\* = Obligatorisk uppgift

Ansökan enligt socialtjänstlagen 4 kap. 1 §.

### Sökande (den biståndet avser)

Förnamn*
Efternamn*
Personnummer*
Utdelningsadress*

Postnummer*
Postort*
Telefon (även riktnummer)*
E-postadress

### Eventuell maka/make, registrerad partner, sammanboende

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

### Eventuell vårdnadshavare

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

### Har sökanden god man, förvaltare, förmyndare eller särskild förordnad vårdnadshavare?\*

Vid förvaltarskap ska kopia av förordnandet som förvaltare bifogas ansökan.

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> God man    | <input type="checkbox"/> Särskilt förordnad vårdnadshavare |
| <input type="checkbox"/> Förvaltare | <input type="checkbox"/> Nej                               |
| <input type="checkbox"/> Förmyndare |  |

Oskarshamn kommun

**Eventuell god man/förvaltare/förmyndare/särskild förordnad vårdnadshavare**

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

**Ansökan avser\***

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Avlösning     | <input type="checkbox"/> Kontaktperson  | <input type="checkbox"/> Trygghetslarm   |
| <input type="checkbox"/> Dagverksamhet | <input type="checkbox"/> Korttidsboende | <input type="checkbox"/> Annat bistånd   |
| <input type="checkbox"/> Hemtjänst     | <input type="checkbox"/> Ledsagning     | <input type="checkbox"/> Jag/vi vill rådgöra med handläggare angående lämplig insats |

**Annat bistånd, ange vad**

--

**Beskriv hjälpbehovet\***

--

**Beskriv varför insatsen eller insatserna behövs\***

--

**Beskriv hur behovet tidigare tillgodosetts\***

--

Oskarshamns kommun

**Har sökanden behov av tolk?** Ja, ange språk ..... Nej**Finns behov av service och omvårdnad på minoritetsspråk eller annat språk?** Ja, ange språk ..... Nej**Finns det ett pågående ärende om insats eller insatser?** Ja Nej**Om ja, ange vilken eller vilka insatser****Övriga upplysningar****Bilagor** Kopia på förordnande som förvaltare**Information om medgivande**

Om den sökande lämnar sitt medgivande till att uppgifter får inhämtas från andra myndigheter, organisationer eller personer ska det tydligt framgå vilka som får kontaktas och i vilket syfte. Medgivandet lämnas i samråd mellan den sökande och handläggaren.

**Underskrift**

Underskrift av sökanden eller eventuell vårdnadshavare, god man, förvaltare, förmyndare eller särskild förordnad vårdnadshavare

Datum och sökandens underskrift

Datum och sökandens underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Oskarshamns kommun

**Hantering av personuppgifter:**

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.