|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SBG-logo-bw  |  | 1 (2)  |
|  | Ansökan om insatser enligt socialtjänstlag (2001:453) |

|  |
| --- |
| Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen (PuL). Mer information finns på Sundbybergs stads webbplats www.sundbyberg.se/personuppgiftslagen. |
| Personuppgifter |
| Sökandes efternamn | Förnamn | Personnummer |
|       |       |       |
| Adress | Telefon |
|       |       |
| Postadress | Mobil |
|       |       |
| E-postadress |  |
|       |       |
|  |
| Ansökan avser (beskriv med egna ord vad ansökan avser) |
|  |
|       |
| Beskrivning av Din situation och Ditt behov av hjälp i vardagen |
|  |
|       |

|  |
| --- |
| Sökande |
|  |
| [ ]  Sökanden själv | [ ]  God man/förvaltare |
| Godkännande |
|  |
| Den sökande godkänner att nödvändiga uppgifter inhämtas från annan myndighet eller vårdgivare om så krävs för handläggningen av ansökan |
|  |
| [ ]  Försäkringskassa | [ ]  Psykiatrin, Sthlms Läns Landsting [ ]  Primärvården [ ]  Beroendevården [ ]  Övriga |
|   |
| Den sökande godkänner att nödvändiga uppgifter får registreras, samt lämnas till den som ansvarar för att beviljad insats utförs |
|  |
| [ ]  Ja | [ ]  Nej |
| Bilagor till ansökan |
|  |
| [ ]  Läkarintyg/utlåtande | [ ]  Annat intyg:       |
| Sökandes underskrift |
| Datum | Namnförtydligande |
|       |       |
| Underskrift |
|  |
| Behjälplig vid upprättandet av denna ansökan har varit |
| Efternamn | Förnamn | Relation/Titel |
|       |       |       |
| Adress | Telefon |
|       |       |
| Postadress      | Mobil      |
| E-postadress |  |
|       |       |
| Underskrift |
|  |
| Blanketten skickas tillSundbybergs stad Individ- och omsorgsförvaltningen172 92 Sundbyberg |