|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 till Sundbybergs stad  Individ- och omsorgsförvaltningen 172 92 Sundbyberg | | | |