

Ansökan om insatser enligt Socialtjänstlagen (2001:453)

Dina personuppgifter behandlas och skyddas av Vård- och omsorgsnämnden i enlighet med Dataskyddsförordningen 2016/679 (GDPR). Ändamålet med insamling och behandling är handläggning av Vård- och omsorgsnämndens ärenden och den rättsliga grunden är myndighetsutövning. Uppgifterna sparas i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen och arkivlagen och andra tillämpliga lagar. Läs mer om Heby kommuns hantering av personuppgifter och dina rättigheter på: <https://heby.se/kommun-politik/dataskyddsförordningen-gdpr/>

Ansökan avser

Trygghetstelefon	Hjälp i hemmet	Särskilt boende	Övrigt_____
Önskad omfattning_____			

Personuppgifter sökande

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)	
Adress		Postnummer och ort	
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer		E-postadress
Civilstånd Gift/sammanboende Ensamstående		Folkbokföringskommun	

Anhörig/god man/förvaltare

fill i uppgifter om det finns andra som ska kontaktas i samband med hantering av ansökan

1.

Förnamn och efternamn	E-postadress
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer
Relation Anhörig, vilken relation_____ God man Förvaltare Övrigt_____	

2.

Förnamn och efternamn	E-postadress
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer
Relation Anhörig, vilken relation_____ God man Förvaltare Övrigt_____	

3.

Förnamn och efternamn	E-postadress
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer
Relation Anhörig, vilken relation _____ God man Förvaltare Övrigt _____	

Beviljade insatser

Har du insatser beviljade från Heby kommun? Nej Ja, _____
--

Anledning till ansökan

Beskriv kortfattat ditt hälsotillstånd och vad du behöver stöd och/eller hjälp med;	Anledning till ansökan lämnas i en bilaga Anledning till ansökan lämnas muntligt

Övriga upplysningar

Om du har skickat med bilagor till din ansökan, förtydliga här vad handlingarna avser

Läkarintyg	Intyg av arbetsterapeut eller annan sakkunnig	Fullmakt att företräda
Kopia av förordnande av god man/förvaltare	Annat _____	

Samtycke

Härmed samtycker jag till att ansvarig handläggare får ta kontakt med och utbyta information med försäkringskassan, vårdgivare och socialtjänst.
Ja Nej

Sökandes underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

Behjälplig vid ansökan

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Relation Anhörig, vilken relation _____ God man Förvaltare Övrigt _____		

Ansökan skickas till;
Heby Kommun
Biståndsenheten
744 88 Heby kommun