



FALKENBERG

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen (SOL)

Förnamn	Personnummer (YYMMDD-XXXX)
Efternamn	Telefon
Adress	Mobil
Postadress	
Anhörig	Anhörig telefon

Jag ansöker om följande (sätt ett kryss i aktuell ruta)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Korttidsplats | <input type="checkbox"/> Matdistribution | <input type="checkbox"/> Hemtjänst |
| <input type="checkbox"/> Särskilt boende | <input type="checkbox"/> Trygghetslarm | <input type="checkbox"/> Dagverksamhet |
| <input type="checkbox"/> Gruppboende | <input type="checkbox"/> Ledsagning | <input type="checkbox"/> Annat
Ange vad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Postadress | <input type="checkbox"/> Avlastning | |
| <input type="checkbox"/> Anhörig | <input type="checkbox"/> Växelvård | |

Jag behöver hjälp för att:



FALKENBERG

Ska annan person än sökande kontaktas?

Nej

Ja

Namn_____

Tel_____

Relation_____

Finns behov av tolk?

Nej

Ja

Ange språk_____

Datum	Namnunderskrift
Person behjälplig vid ansökan	

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen. Du godkänner att din information får lagras och bearbetas i register. (SFS 1998:204)

Ansökan skickas till

Biståndsenheten
Falkenbergs kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
311 80 Falkenberg

Vid frågor vänligen kontakta kommunens växel 0346-88 60 00