

Ansökan om bistånd
Enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen

| | | | |
|----------------------|---|--|-------------------|
| Sökande | Namn | | Personnummer |
| | Adress | | |
| | Telefonnummer/ e-mail | | |
| Typ av insats | Jag ansöker härmed om bistånd jml 4 kap 1 § socialtjänstlagen i form av <input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet <input type="checkbox"/> Boendestöd <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för personer med demensdiagnos <input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Ledsagarservice <input type="checkbox"/> Matleverans <input type="checkbox"/> Särskilt boende <input type="checkbox"/> Tillfällig vistelse <input type="checkbox"/> Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Annat..... | | |
| Beskrivning av behov | | | |
| Samtycke | Jag samtycker härmed till att uppgifter inhämtas från: <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Habiliteringen <input type="checkbox"/> Sjukvård <input type="checkbox"/> Anhöriga..... <input type="checkbox"/> Övriga..... | | |
| Underskrift | Datum/ort | | |
| | Underskrift | | Namnförtydligande |
| | Ansökan är undertecknad av <input type="checkbox"/> Den enskilde <input type="checkbox"/> God man/Förvaltare <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ombud | | |

Ansökan skickas till: Ale kommun, Sektor arbete, trygghet och omsorg, Biståndsenheten, 449 80 Alafors