

KINDA KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen



Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen

Insändes till:
Biståndsenheten
Individ- och familjeomsorgen
Box 1
590 40 Kisa

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med GDPR. Du medger att informationen Du lämnar får lagras och bearbetas i register av Vård- och omsorgsförvaltningen.

Sökande

Efter- och förnamn	Personnummer
Make/sammanboende, namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer, ort	

Ansökan om bistånd (sätt kryss framför den insats som söks)

<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet	<input type="checkbox"/> Boendestöd inom socialpsykiatri
<input type="checkbox"/> Korttidsplats	<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Övrigt
Ange orsak till ansökt bistånd	

Medgivande

Härmed medger jag att Vård- och omsorgsförvaltningen får hämta uppgifter om inkomster/bidrag från Skattemyndigheten, Riksförsäkringsverket och Försäkringskassan, samt uppgifter om mitt hälsotillstånd från vårdgivare.

Sökandes underskrift

Datum

Namnteckning

Behjälplig vid ansökan

Om annan än sökanden själv, sätt kryss i lämplig ruta:

God man

Förvaltare

Ombud med skriftlig fullmakt

Namn, adress och telefon: