



VAGGERYDS KOMMUN

Socialförvaltningen

Ansökan om omsorg och hjälp

Ansökan avser insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) kap 4 § 1

Om ansökan avser fler än en person i hushållet ska en ansökan lämnas för respektive person.

| |
|---|
| Namn Sökande: |
| Personnummer |
| Gatuadress: |
| Postnummer och ort: |
| Telefon- / Mobiltelefonnummer: |
| E-post |
| Namn Närstående / god man / förvaltare / vårdnadshavare: |
| Telefon- / Mobiltelefonnummer Närstående / god man / förvaltare / vårdnadshavare: |
| E-post Närstående / god man / förvaltare / vårdnadshavare: |

Vad behöver du hjälp med ?

| |
|---------|
| Beskriv |
|---------|

Varför behöver du hjälp ?

| |
|---------|
| Beskriv |
|---------|

Övriga upplysningar

| |
|---------|
| Beskriv |
|---------|



VAGGERYDS KOMMUN

Socialförvaltningen

Personuppgift

Informationen du lämnar i denna ansökan kommer att lagras och bearbetas i dataregister av Vaggeryds kommun i enlighet med Dataskyddsförordningen (GDPR). För frågor eller information om databehandlingen, kontakta Vaggeryds kommun, socialförvaltningen, Box 43, 568 21 Skillingaryd, tel 0370 67 80 00.

Samtycke

Jag medger att handläggare inom Biståndsenheten i Vaggeryds kommun får inhämta uppgifter om mig i journaler, personakter och gentemot andra myndigheter

Tolk

Jag önskar tillgång till tolkfunktion

När ansökan inkommit till biståndsenheten kommer du att kontaktas av en biståndshandläggare.

Ort och datum

Sökandes underskrift

Behjälplig med ansökan

Ansökan skickas till:

Vaggeryds kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen, Biståndsenheten, Box 43, 568 21 Skillingaryd