



**Ansökan om bistånd enligt
Socialtjänstlagen (SoL)**

Insändes till adressen längst ner på sidan.

Personuppgifter (den sökande)

Sökande för- och efternamn	Personnummer
Adress	Postadress
E-postadress	Telefon

Företrädare

<input type="checkbox"/> God man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Person med fullmakt
Företrädare för- och efternamn		Personnummer
Adress		Postadress
E-postadress		Telefon

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet	<input type="checkbox"/> Korttidsboende	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Övrigt		

Samtycke

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för utredning får inhämtas från Försäkringskassa, sjukvård, skola, elevhälsa och socialtjänst.

Ja Nej

Beskriv orsaken till behovet av bistånd (vid behov av mer utrymme, fortsätt på sid.2)

--

Namnteckning

Ort och datum	
Sökande/ Företrädare, namnteckning	Namnförtydligande

Tel: 0927-72000 vxl

Beskriv orsaken till behovet av bistånd (fortsättning)

Biståndshandläggare
Övertorneå Kommun
Stöd- och omsorgsförvaltningen
957 85 Övertorneå

Tel: 0927-72000 vxl