



MÖNSTERÅS KOMMUN, Biståndsenheten  
Box 54, 383 22 MÖNSTERÅS

## ANSÖKAN OM HJÄLP I HEMMET enligt Socialtjänstlagen

Datum \_\_\_\_\_

### Personuppgifter

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

### Närmast anhörig

Namn		Relation till den sökande (t ex maka, maka, barn)
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

### Ansökan avser


### Beskrivning av orsak till ansökan (Beskrivning av funktionsnedsättning, hälsa, boendesituation eller dylikt)


**Fortsättning, beskrivning av orsak till ansökan**


**Övrig information** (ex. särskilda önskemål)


**Underskrift**

<b>Underskrift</b>	<b>Ort och datum</b>
	<b>Namnförtydligande</b>

**Om annan än den sökande, ange nedan i egenskap av**

<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt (bifoga kopia på fullmakt)
<b>Underskrift</b>	<b>Ort och datum</b>	
	<b>Namnförtydligande</b>	
<b>Adress</b>	<b>Postnummer</b>	<b>Ort</b>

**Samtycke**

I samband med min underskrift medger jag att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av rätt sökta insatser och som är sekretessbelagda hos Försäkringskassan, Landstinget, Vuxenhabiliteringen eller socialtjänsten får inhämtas av biståndsenheten, Mönsterås kommun.

Om samtycket är begränsat, ange nedan.


**Övrig information**

Insamlade personuppgifter kommer att registreras, lagras och användas som underlag för beslut om insatser och avgifter. Uppgifterna behandlas i datamedia. För att kunna utföra uppdraget kan berörd personal behöva ta del av utredningen.