



Ansökan

Sökandes namn		Personnummer
Adress		Tel.nr
Närmast anhörig	Relation	Tel.nr

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL

Ange vilken hjälp/stöd du behöver

--

Ange av vilken anledning du söker hjälp/stöd

--

Beskrivning av funktionsnedsättning ev. diagnos

--

Egna resurser

Hjälpmedel:	
-------------	--

	Klarar själv	Klarar delvis	Behöver hjälp
Personlig omvårdnad	☐	☐	☐
Förflyttningar	☐	☐	☐
Mathållning	☐	☐	☐

	Aldrig	Tidvis	Alltid
Oro	☐	☐	☐
Minnesproblem	☐	☐	☐
Desorienterad	☐	☐	☐

Samtycke

Härmed samtycker jag till att erforderliga uppgifter för bedömning av detta ärende inhämtas från:

- | | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ☐ Socialtjänst | ☐ Annan | ☐ Närstående |
| ☐ Sjukvård | ☐ God Man/Förvaltare | ☐ Larm |
| ☐ Färdtjänst | | |

Underskrift

Datum

Sökandes underskrift

Behjälplig vid ansökan

Telefon

Dina uppgifter kommer att dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Notera: Ansökan är ogiltig om underskrift saknas.

Ansökan sändes till:

Gullspångs kommun, Biståndsenheten, Box 100, 542 21 MARIESTAD

Telefon 0551-360 00

Vad händer sedan?

1. **Kontakt** - En handläggare kommer att kontakta dig eller din företrädare för att påbörja en utredning om behov.
2. **Utredning** - Genom telefonkontakt och personligt möte gör handläggaren en utredning om vilket/vilka behov du har.
3. **Prövning** - Din ansökan prövas mot Socialtjänstlagen för att bedöma att du har rätt till det stöd du ansöker om.
4. **Beslut** - Din ansökan kan antingen beviljas eller avslås.