



## 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förflyttningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mathållning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	Tidvis	Alltid
Oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minnesproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorienterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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.