

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen

* Obligatoriska fält

Roll

Jag söker som* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Privatperson	<input type="checkbox"/> Anhörig
<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> God man
<input type="checkbox"/> Ombud via framtidsfullmakt	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare
Barnet har en andra vårdnadshavare (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Medsökande (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Bifoga fullmakt/förordnande	
<input type="text"/>	Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Sökandes uppgifter

Personnummer*
Förnamn
Efternamn
Adress
Postnummer
Ort
E-post
Telefon

Medsökandes uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress
Postnummer
Ort
E-post
Telefon*

Uppgiftslämnarens uppgifter (Om sökande är annan än uppgiftslämnare)

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post*
Telefon*

Ombudets uppgifter (Om ansökan görs av ett ombud)

Personnummer:*
Förnamn:*
Efternamn:*
Adress:*
Postnummer:*
Ort:*
E-post:*
Telefon:

Vårdnadshavare 1

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post
Telefon

Den andra vårdnadshavarens uppgifter (Om ansökan görs av en av två vårdnadshavare)

Förnamn
Efternamn
Personnummer
E-postadress
Adress
Postnummer
Ort
Telefon

Ansökan

Jag ansöker om:*

Anledning till ansökan:*

Beskriv hur du/ni löser situationen idag:*

Behov av tolk:*(Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Ange språk:

Behov av annat stöd vid kommunikation:

*

För att kunna behandla min ansökan och utreda mitt ärende kan nödvändiga uppgifter komma att hämtas från andra myndigheter och vårdgivare. Mina uppgifter får behandlas elektroniskt samt överföras till eventuellt berörda verkställare enligt gällande bestämmelser i lagstiftning som omfattar socialtjänstens samt hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

Information om behandling av personuppgifter

De personuppgifter du lämnar kommer att registreras hos äldrenämnden som är personuppgiftsansvarig. Uppgifterna behövs för att Karlskrona kommun ska kunna handlägga ärendet och kan komma att användas i förnyad kontakt i ärendet. Du har rätt att en gång per år, efter skriftlig ansökan, få veta vilka uppgifter om dig som finns registrerade. Efter begäran ska felaktiga eller ofullständiga uppgifter rättas, blockeras eller utplånas. Ansökan ställs till Karlskrona kommun, äldrenämnden. Läs mer om hur Karlskrona kommun behandlar personuppgifter på www.karlskrona.se/personuppgifter

Sökande/Ombud/Vårdnadshavare 1

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Vårdnadshavare 2

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande