

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.

Sökande/Ombud/Vårdnadshavare 1

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Vårdnadshavare 2

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Information om hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (GDPR)

Karlskrona kommun behöver behandla personuppgifter om dig för att kunna utföra vårt uppdrag inom social- och funktionsstödsnämnden. Syftet med behandlingen är att kunna handlägga, fatta beslut och vidta andra åtgärder med anledning av din ansökan/anmälan.

Personuppgifterna vi har fått genom din ansökan/anmälan kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För att kunna behandla ditt ärende kan nödvändiga personuppgifter komma att hämtas från andra myndigheter och vårdgivare enligt i dataskyddsförordningen.

Den rättsliga grunden för att behandla dina personuppgifter är att det är ett led i vår myndighetsutövning. När ärendet avslutas bevaras eller gallras de handlingar där dina personuppgifter förekommer enligt lag och beslutad gallringsplan. Dina uppgifter kan komma att delas med annan myndighet eller annan tredje part förutsatt att vi är skyldiga att göra så enligt lag. Karlskrona kommun kommer inte att överföra dina uppgifter till ett land utanför EU.

Social- och funktionsstödsnämnden i Karlskrona kommun är personuppgiftsansvarig för verksamheten. Har du frågor eller vill komma i kontakt med oss ska du i första hand vända dig till: socialochfunktionsstodsforvaltningen@karlskrona.se eller 0455 – 30 30 00

Du har rätt att kontakta oss om du vill ha information om de uppgifter vi har om dig eller om du vill begära tillgång (få registerutdrag), rättelse, radering, begränsning av behandlingen, invändning eller flytt av dina personuppgifter.

Läs mer om vår behandling av personuppgifter på vår webbplats: www.karlskrona.se/personuppgifter

Vårt dataskyddsombud når du på dataskydd@sydarkivera.se

Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att lämna in klagomål till tillsynsmyndigheten Integritetsskyddsmyndigheten (IMY), www.imy.se