

Ansökan om bistånd enligt SoL 4 kap 1 §

Denna ansökan lämnas in till Individ- och familjeomsorgen i Tingsryds kommun. Bifoga eventuella underlag som styrker ditt behov av bistånd. Det är viktigt att du fyller i blanketten noggrant och lämnar riktiga uppgifter. När du lämnat in din ansökan kommer ditt behov av bistånd att utredas av socialsekreterare.

Identitet styrkt med ID-handling

Ja Nej

Namn

Personnummer

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Adress

| |
|--|
| |
|--|

Postadress

Telefonnummer

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

E-postadress

Mobiltelefonnummer

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Ansöker om

Behandlingshem

Samtal med socialsekreterare

Familjehem

Öppenvård med behandlingsassistent

Kontakt person

Återfallsprevention

Kontakt familj

Anhörigsamtal

Skyddat boende

Annat: _____

Anledningen till ansökan (Motivera ditt behov av bistånd)

| |
|--|
| |
|--|

Underskrifter

Jag/vi försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och korrekta och förbinder mig/oss att omgående anmäla till socialtjänsten förändringar i lämnade uppgifter som kan påverka rätten till bistånd.

Sökande namnteckning

| |
|--|
| |
|--|