



**Tingsryds
kommun**

Socialförvaltningen

Äldre-och funktionshinderomsorgen

ANSÖKAN SoL

Ansökan om kommunens insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL)

Sökande

Namn	Personnummer
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnummer

Ansökan om bistånd enl. SoL 11 kap.1 §

Ansökan avser:

Beskriv ditt behov av stöd och service

Upplysning av lämnade uppgifter

Lämnade uppgifter kommer att behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL) och överföras till socialförvaltningens personregister (verksamhetssystem).
För att kunna utföra uppdraget kan berörd personal behöva ta del av utredningen.

Medgivande

I samband med min underskrift nedan medger jag att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av rätt till sökta insatser och som är sekretessbelagda hos Försäkringskassan, Sjukvården, Vuxenhabiliteringen eller Socialtjänsten får inhämtas av Socialförvaltningen i Tingsryds kommun.

Underskrift (sätt kryss i lämplig ruta)

☐ Sökande ☐ God Man ☐ Förvaltare	
Datum	Namnteckning
	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Ansökan skickas till:

Handläggare
Äldre- och funktionshinderomsorgen
Tingsryds kommun
Box 88
362 22 Tingsryd

Vid eventuella förfrågningar om ansökan är ni välkomna att kontakta:

Handläggare i Tingsryds kommun, tfn: 0477-44100