



Ansökan om insatser enligt SoL

(Socialtjänstlagen)

Kontaktuppgifter sökande

Efternamn och förnamn		Pers-nr (ååååmmdd-xxxx)
Gatuadress		Telefon hem
Postnummer och ort	Mobil	Telefon arbete
E-postadress		

Kontaktuppgifter anhörig

Efternamn och förnamn	Efternamn och förnamn
Relation	Relation
Gatuadress	Gatuadress
Postnummer och ort	Postnummer och ort
E-postadress	E-postadress
Telefon	Telefon
Mobil	Mobil

Jag ansöker om:

- Hemtjänst
- Trygghetslarm
- Särskilt boende
- Dagverksamhet
- Ledsagning
- Avlösning
- Korttidsboende
 - Vård

Annat

Skäl till ansökan

(Vad har du svårt att klara av i vardagen?)

Vi kommer att behandla de personuppgifter som du lämnat på din inkomstförfrågan; personnummer, namn, adress, telefonnummer och e-postadress. Om du väljer att vi ska beräkna din avgift kommer vi även att behandla eventuell make/makas uppgifter, då inkomsterna räknas ihop och delas på hälften. Skickas avgiftsbeslut och/eller faktura till en postmottagare behandlas även dennes uppgifter; namn, adress och telefonnummer. Vård- och omsorgsnämnden i Österåkers kommun ansvarar för behandlingen. Du har rätt att få information om de uppgifter vi har om dig. Det gör du enklast genom att kontakta vard-ochomsorgsnamnden@osteraker.se. Har du frågor kring hur vi som kommun behandlar dina personuppgifter, vänligen läs på osteraker.se eller kontakta kommunens dataskyddsbud via kommunens växel 08-540 810 00 eller på e-post dataskyddsbud@osteraker.se

Underskrift

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Behjälplig med ansökan

Namnteckning	Namnförtydligande
--------------	-------------------

Postadress Österåkers kommun
Biståndsenheten
184 86 Åkersberga

Besöksadress Alceahuset, plan 3
Hackstavägen 22
Telefon, växel 08-540 810 00

Samtycke

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att handläggare på biståndsenheten får samarbeta i mitt ärende vid behov med berörda inom:

- Landstinget/sjukvården
- Prima
- God man/ förvaltare
- Personligt ombud
- Arbetsförmedlingen
- Försäkringskassan
- Beroendemottagningen
- Individ- och familjeomsorgen

Anhöriga:

Övriga:

Jag vill inte att ni kontaktar:

Samtycket kan sägas upp när som helst eller ändras under pågående insats.

.....
Datum, underskrift