|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En bild som visar ritning  Automatiskt genererad beskrivning |  | 1 (1) |
|  | Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen**Skickas till:** Köpings kommun Biståndsenheten Nibblesbackevägen 17 731 51 Köping |  |
|  | | |

\*= obligatorisk uppgift

**Ansökan enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 §**

**Sökande** (den biståndet avser)

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn\* | Postnummer\* |
|  |  |
| Efternamn\* | Postort\* |
|  |  |
| Personnummer\* | Telefonnummer\* (inklusive riktnummer) |
|  |  |
| Utdelningsadress | E-postadress |
|  |  |

**Eventuell maka/make, registrerad partner, sammanboende**

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn | Postnummer |
|  |  |
| Efternamn | Postort |
|  |  |
| Personnummer | Telefonnummer (inklusive riktnummer) |
|  |  |
| Utdelningsadress | E-postadress |
|  |  |

**Har sökande god man, förvaltare, anhörig med anhörigbehörighet enligt 17 kap, 1 §, föräldrabalken**

Vid förvaltarskap ska kopia av förordnandet bifogas ansökan

Förvaltare  God man  Anhörig med anhörigbehörighet

Nej

**Eventuell god man/ förvaltare/ anhörig med anhörigbehörighet**

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn | postnummer |
|  |  |
| Efternamn | Postort |
|  |  |
| Personnummer | Telefonnummer (inklusive riktnummer) |
|  |  |
| Utdelningsadress | E-postadress |
|  |  |

**Ansökan avser\***

Avlösning  Boendestöd  Dagverksamhet

Hemtjänst  Kontaktperson  Korttidsboende

Särskilt boende  Trygghetslarm  Annat bistånd

Jag/ vi vill rådgöra med handläggare angående lämplig insats

Annat bistånd, ange vad

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

Beskriv behovet av stöd\*

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

Beskriv varför insatsen eller insatserna behövs\*

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

Beskriv hur behovet tidigare tillgodosetts\*

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

**Har sökande behov av tolk?**

Ja, ange språk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nej

**Finns det ett pågående ärende om insats eller insatser?**

Ja

Nej

**Om ja, ange vilken eller vilka insatser**

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

**Övriga upplysningar**

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

**Bilagor**

Kopia på förordnande som god man, förvaltare eller anhörig med anhörigbehörighet

**Samtycke\***Jag samtycker till att Vård och omsorgsnämnden får inhämta för utredningen nödvändiga uppgifter från andra myndigheter såsom försäkringskassa, arbetsförmedling, skola, hälso- och sjukvård och övrig socialtjänst  
 Ja  Nej

**Underskrift\***

Underskrift av sökande eller eventuell vårdnadshavare, god man, eller anhörig med anhörigbehörighet

|  |
| --- |
| Ort och datum |
|  |
| Underskrift |
|  |
| Namnförtydligande |
|  |

Personuppgifterna i denna blankett registreras och sparas i Köpings kommuns dataregister enligt dataskyddsförordningen.

För ytterligare information se Köpings kommuns hemsida.