



Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL)

Datum:

Personuppgifter

Efternamn och alla förnamn	Personnummer
Adress, postnummer och ort	Telefon/mobilnummer (även riktnummer)

Ange vad du ansöker om (SoL)

Beskrivning funktionshinder/hälsa

Kort beskrivning. Bifoga läkarintyg på begäran.

Behov av hjälp

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Övrigt

Ange om du har någon av följande ersättningar:

- Vårdbidrag Handikappersättning Aktivitetsersättning (pension)
 Övrigt:

En ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen skall alltid göras av den enskilde, dennes legala företrädare eller vårdnadshavare.

Om Du överlåter till någon annan företrädare att ansöka i Ditt ställe behöver Du utfärda en giltig fullmakt.

Den sökande är:

- Den funktionshindrade Vårdnadshavare God man Förvaltare

God man/förvaltare, vårdnadshavare (vid gemensam vårdnad krävs båda föräldrarnas påskrift)

Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Utdelningsadress
Postnummer och postort	Postnummer och postort
Telefon (även riktnummer)	Telefon (även riktnummer)

Medgivande

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömning av detta ärende får inhämtas från Försäkringskassan, sjukvården, skola och socialtjänsten.

Samt annan myndighet/instans/vårdgivare. Ange vilken:

- Ja Nej

Sökandes underskrift. Namnteckning:

Din ansökan skickas till postadress: Biståndsenheten
Box 981
461 29 TROLLHÄTTAN