



BODENS KOMMUN
Socialförvaltningen

Skicka ansökan till:
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
961 86 Boden

Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen

Ansökan avser:

Sökandens namn	Personnummer
Adress	Telefon bostad
Postnummer och postort	Telefon eller mobiltelefon
Eventuell god man/förvaltare*, ombud*	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postort
Behjälplig vid ansökan - Namn	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postort
Tillstånd medges att inhämta uppgifter från andra myndigheter, läkare m fl <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nej	Sökande är <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Samboende

* Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud skall bifogas ansökan.

Ansökan gäller sätt x i aktuella rutor

<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet (personlig omsorg)	<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet (serviceinsatser)	<input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse	<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Boendestöd inom Socialpsykiatri	<input type="checkbox"/> Gruppboende inom Socialpsykiatri	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Annat bistånd beskriv		

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som du lämnar på denna blankett kommer att registreras i vårt datasystem och användas för hantering av din ansökan.

Jag behöver hjälp med följande:

Orsaken till att jag behöver hjälpen:

Sökandens underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande