



Högsby kommun
579 80 Högsby
010-3565000

Ansökan enligt socialtjänstlagen 4 kap. 1 §.

Ansökan avser

- Vård- och omsorgsboende
- Demensboende
- Service och omvårdnad på minoritetsspråk eller annat språk, ange språk

Finns det ett pågående ärende om insats eller insatser?

- Ja
- Nej

Om ja, ange vilken eller vilka insatser

Beskriv varför insatsen eller insatserna behövs

Beskriv hur behovet tidigare har tillgodosetts

Sökande

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer

Postort

Telefon (även riktnummer)

E-postadress

Civilstånd

- Gift/registrerad partner/sammanboende
- Ensamstående

Har sökanden god man eller förvaltare?

- God man
- Förvaltare
- Nej



Högsby kommun

God man/förvaltare

(Vid förvaltarskap ska kopia av förordnandet som förvaltare bifogas ansökan)

Förnamn

Postnummer

Efternamn

Postort

Personnummer

Telefon (även riktnummer)

Utdelningsadress

E-postadress

Övriga upplysningar

Inera AB 700035 v1 1511

Bilagor

Kopia på förordnande som förvaltare

Information om medgivande

Om den sökande lämnar sitt medgivande till att uppgifter får inhämtas från andra myndigheter, organisationer eller personer ska det tydligt framgå vilka som får kon-taktas och i vilket syfte. Medgivandet lämnas i samråd mellan den sökande och handläggaren.

Underskrift

Om sökanden har förvaltare är det förvaltaren som ska skriva under ansökan.

Datum och sökandens underskrift

Datum och gode mannens/förvaltarens underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande