



Högsby kommun
 579 80 Högsby
 010-3565000

* = Obligatorisk uppgift

Ansökan enligt socialtjänstlagen 4 kap. 1 §.

Civilstånd*

- Ensamstående
 Gift/registrerad partner/sammanboende

Sökande

Förnamn*
Efternamn*
Personnummer*
Utdelningsadress*

Postnummer*
Postort*
Telefon (även riktnummer)*
E-postadress

Maka/make, registrerad partner, sammanboende

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Har sökanden god man eller förvaltare?*

Vid förvalterskap ska kopia av förordnandet som förvaltare bifogas ansökan.

- God man
 Förvaltare
 Nej

God man/förvaltare

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress



Högsby kommun

Ansökan avser*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Avlösning | <input type="checkbox"/> Korttidsboende |
| <input type="checkbox"/> Dagverksamhet | <input type="checkbox"/> Ledsagning |
| <input type="checkbox"/> Hemtjänst | <input type="checkbox"/> Trygghetslarm |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson | <input type="checkbox"/> Annat bistånd, ange vad |

Beskriv hjälpbehovet*

Beskriv varför insatsen eller insatserna behövs*

Beskriv hur behovet tidigare tillgodosetts*

Finns behov av service och omvårdnad på minoritetsspråk eller annat språk?

- Ja, ange språk
- Nej

Finns det ett pågående ärende om insats eller insatser?

- Ja
- Nej

Om ja, ange vilken eller vilka insatser



Högsby kommun

Övriga upplysningar

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 kontaktas 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
