



GISLAVEDS
KOMMUN

Ansökan om vård- och omsorgsinsatser

Enligt Socialtjänstlagen

Ansökan avser

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
E-post	

Jag ansöker om

- ☐ Hjälp i hemmet (hemtjänst)
- ☐ Avlösarservice
- ☐ Dagverksamhet för personer demenssjukdom
- ☐ Korttidsplats/växelvård
- ☐ Vård- och omsorgsboende (särskilt boende)
- ☐ Annat

Om du valt "annat" ovan så beskriv ditt önskemål

Beskriv (kortfattat) ditt behov och ditt hälsotillstånd

Behöver du tolk vid kontakt med en handläggare?

☐ Ja vilket språk? _____

Var god vänd!



Jag/vi medger att uppgifter som är nödvändiga får inhämtas för bedömning av rätt till sökt insats.

☐ Ja ☐ Nej

Jag gör ansökan för egen del

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Om annan än sökanden själv gör ansökan, sätt kryss i lämplig ruta

☐ Anhörig/närstående, bifoga eventuell fullmakt
☐ God man, bifoga kopia på förordnandet
☐ Förvaltare, bifoga kopia på förordnandet

Relation (anhörig/närstående)	Datum
Underskrift	Namnförtydligande
Telefonnummer	Adress
E-post	

Ansökan skickas till:

Gislaveds kommun, Socialförvaltningen, 332 80 Gislaved

För att kunna behandla din ansökan kommer dina personuppgifter att registreras.
För fullständig information se www.gislaved.se/gdpr.