



**GISLAVEDS**  
KOMMUN

## Ansökan om stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning

Enligt Socialtjänstlagen

### Ansökan avser

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
E-post	

### Jag ansöker om

<input type="checkbox"/> Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Kontaktperson <input type="checkbox"/> Boendestöd <input type="checkbox"/> Daglig sysselsättning <input type="checkbox"/> Bostad med stöd och service <input type="checkbox"/> Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare.
---

### Behöver du folk vid kontakt med en handläggare?

<input type="checkbox"/> Ja      vilket språk? _____
--

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
-------	-------------	-------------------

Var god vänd!



**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](http://www.gislaved.se/gdpr).