

Vård- och omsorgsförvaltningen

## Ansökan om hjälp i hemmet enligt socialtjänstlagen.

Ansökan avser: .....

|                |              |        |
|----------------|--------------|--------|
| Sökande Namn   | Personnummer |        |
| Adress         | Postnummer   | Ort    |
| Telefon bostad | Mobil        | E-post |

Har du god man eller förvaltare?      JA      NEJ

Om ja, namn och telefonnummer

---

### Samtycke/medgivande

Jag samtycker till att handläggare får inhämta nödvändiga uppgifter från annan myndighet, primärvård, lasarett, om så behövs för utredningen.

JA      NEJ

### Underskrift av sökande

|      |       |
|------|-------|
| Namn | Datum |
|------|-------|

### Behjälplig vid ansökan

|      |          |         |
|------|----------|---------|
| Namn | Relation | telefon |
|------|----------|---------|

## Vård- och omsorgsförvaltningen

|                                     |          |               |
|-------------------------------------|----------|---------------|
| Anledning till ansökan.             |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
| Har idag behov av hjälp med/vård av |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
| Övriga upplysningar.                |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
|                                     |          |               |
| Eventuell kontaktperson             |          |               |
| Namn                                | Relation | Telefonnummer |
|                                     |          |               |



Vård- och omsorgsförvaltningen

### Information

Då ansökan inkommit till biståndsenheten kommer en handläggare att kontakta Dig, utreda och besluta i ärendet. Beslutet grundar sig på Ditt behov av hjälp i hemmet.

Om du av någon anledning inte är nöjd med vård- och omsorgsnämndens beslut har du möjlighet att överklaga beslutet till förvaltningsrätten.

Önskar du ytterligare information är du välkommen att kontakta kommunens biståndshandläggare. Tel: 0225-340 00 växel.

Skicka ansökan till följande adress:

Vård- och omsorgsförvaltningen

Box 201

776 28 Hedemora

### Upplysning om personuppgiftsbehandling

För handläggning av ditt ärende kommer de personuppgifter som du lämnar i denna ansökan att behandlas i vård- och omsorgsnämndens datasystem. De uppgifter som behandlas är skyddade av Sekretesslagens regler. Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig för behandlingen av uppgifterna.