



ANSÖKAN OM INSATSER ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN (SoL)

Sökande

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefonnummer (även riktnr)	Mobil nummer		E-postadress

Jag har: Godman Förvaltare Framtidsfullmakt (bifogas)

Godman/Förvaltare (kopia på registerutdrag bifogas)

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefonnummer (även riktnr)	Mobil nummer		E-postadress

Ansökan om

- Hemtjänst Särskilt boende Korttidsvistelse
 Sysselsättning Boendestöd
 Egenvård (bifoga egenvårdsbedömning utfärdad av leg. hälso- och sjukvårdsutövare)

Om vi inte når dig, vem vill du att vi ska kontakta:

Anhörig (för- och efternamn)	Relation till anhörig	Telefonnummer
------------------------------	-----------------------	---------------



ANSÖKAN OM INSATSER ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN (SoL)

Medgivande – nödvändiga uppgifter angående ärendet får inhämtas från:

Hälsa – och sjukvården Ja Nej

Socialtjänsten Ja Nej

Annan, ange vem:

Behjälplig vid ansökan

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefonnummer (även riktnr)	Mobil nummer		E-postadress

Sökandes underskrift:

Underskrift	Namnförtydligande
Datum/ort	

Överkalix kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med GDPR (Dataskyddsförordningen). För mer information se Överkalix kommuns hemsida;

www.overkalix.se/gdpr/