

Ansökan enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen

För behov inom vård och omsorg

Personuppgifter sökande

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress		Telefonnummer
Postnummer och ort		

Anhörig

För- och efternamn	Telefon
Relation till den sökande	

Jag samtycker till att kontakt få tas med anhörig gällande ansökan.

☐ Ja

☐ Nej

Egen beskrivning

Beskriv kortfattat hur ditt behov ser ut i vardagen, vad behöver du hjälp/stöd med? Hur har du hanterat din vardag fram tills nu?

Beskriv din hälsosituation

Berätta lite kring din hälsa. Har du några sjukdomar, fysiska- och/eller psykiska funktionsnedsättningar. Finns det något aktuellt läkarutlåtande, och har du pågående behandlingar inom sjukvården?

Beskriv kortfattat din aktuella sociala situation (senaste 3 månaderna)

Sysselsättning (pensionär/arbete/sjukskriving), boende, viktiga relationer.

Föreligger tolkbehov

☐ Nej ☐ Ja, språk_____

Samtycke

Den sökande ger samtycke till att en handläggare inhämtar nödvändiga uppgifter till utredningen från den person som eventuellt hjälpt till med ansökan, anhörig, hälso- och sjukvården samt andra tjänstemän inom kommunen. Samtycke avser även att få delge relevant information till aktuell utförare.

☐ Ja ☐ Nej

Uppgifter till eventuellt ombud som hjälp till med ansökan

För- och efternamn	Telefon
Relation till den sökande (tex. God man, förvaltare, fullmaktsinnehavare, vårdnadshavare, anhörig)	

Underskrift - den sökandes eller ombud

Ort	Datum
Underskrift	Namnförtydligande

Din ansökan innebär att ett ärende aktualiseras i Markaryds kommun.

Ansvarig handläggare kommer att ta telefonkontakt med dig och/eller din anhörig för att erbjuda ett hembesök för vidare dialog kring ansökan samt ge information gällande aktuella insatser, utförare, avgifter med mera.

Ansökan skickas till:

Markaryds kommun
Biståndshandläggare
Box 74
285 22 Markaryd