

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, vilket språk

Samtycke

Den sökande ger samtycke till att en handläggare inhämtar nödvändiga uppgifter till utredningen från den person som eventuellt hjälpt till med ansökan, 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