



Motala kommun

Socialförvaltningen  
Socialkontoret

## Ansökan enligt socialtjänstlagen - vuxna och äldre

Sida 1 (1)

För att ansöka om bistånd enligt socialtjänstlagen fyller du i den här blanketten. Ansökan är personlig och ska skrivas under av den person som söker. Ansökan ska vara komplett ifylld när den skickas till socialkontoret.

Om du vill ansöka om hjälpmedel i hemmet, kontakta hemsjukvården i Motala kommun. Behöver du hjälp med medicinska insatser vänder du dig i första hand till din fasta vårdkontakt – vårdcentral.

Den här ansökan gäller **inte** för ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd).

Personuppgifterna dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

### Personuppgifter sökande

Efternamn, tilltalsnamn		Personnummer
Adress	Postnr	Ort
E-post	Telefon	Mobiltelefon
Minoritetsspråk (du har rätt att begära äldreomsorg på ditt språk och att upprätthålla din kulturella identitet inom äldreomsorgen om du talar ett av dessa)		
<input type="checkbox"/> Finska	<input type="checkbox"/> Jiddisch	<input type="checkbox"/> Romani chib
<input type="checkbox"/> Samiska	<input type="checkbox"/> Meänkieli	
Annat språk	Behov av tolk	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
God man/förvaltare/ombud		
E-post	Telefon	Mobiltelefon

### Samtycke

Jag samtycker till att kontakt får tas med följande personer för inhämtande av information som kan vara relevant för utredningen (ex. anhörig, sjukvårdskontakt)

Namn	Relation till den sökande	
E-post	Telefon	Mobiltelefon
Namn	Relation till den sökande	
E-post	Telefon	Mobiltelefon
Namn	Relation till den sökande	
E-post	Telefon	Mobiltelefon

### Vem ska kontaktas av socialkontoret?

<input type="checkbox"/> Sökande	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud
<input type="checkbox"/> Närstående, relation:		<input type="checkbox"/> Annan person, fyll i kontaktuppgifter nedan	
Namn			
Adress	Postnr	Ort	
E-post	Telefon	Mobiltelefon	

**Jag söker med anledning av**

<input type="checkbox"/> Missbruk-/beroendeproblematik	<input type="checkbox"/> Psyisk ohälsa	<input type="checkbox"/> Våld i nära relation
<input type="checkbox"/> Kognitiv funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Neuropsykiatrisk/psykiatrisk funktionsnedsättning	
<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
		<input type="checkbox"/> Dagverksamhet - demensinriktning

**Anledning till ansökan****Detta vill jag uppnå med insatsen (mål)****Handlingar som bifogas ansökan**

<input type="checkbox"/> Fullmakt	<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> Annat
-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

**Sökandes underskrift**

Namnteckning	
Namnförtydligande	Ort, datum

**Ansökan skickas till:**

Socialkontoret  
591 86 Motala