



Ansökan

Datum:

**Ansökan om bistånd
enligt Socialtjänstlagen
till personer med
psykisk
funktionsnedsättning**

Ansökan sänds till:

Socialpsykiatri

Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad

374 81 Karlshamn

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

Beskriv din situation:

Sätt kryss för den eller de insatser som ansökan avser

<input type="checkbox"/> Jag vill först rådgöra med handläggare angående lämplig insats innan ansökan görs
<input type="checkbox"/> Boendestöd
<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Sysselsättning

Vi hanterar dina uppgifter enligt sekretesslagstiftningen och dataskyddsförordningen
När vi handlägger ditt ärende behandlas dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (även kallad GDPR) och annan gällande integritetslagstiftning. Du har enligt dataskyddsförordningen rätt att få information när dina personuppgifter behandlas.
Läs mer på www.karlshamn.se

För att kunna göra en bedömning av din ansökan om insatser enligt 4 kap. 1§ Socialtjänstlagen, kan socialsekreteraren behöva kontakta exempelvis region, kommun eller motsvarande för kompletterande uppgifter. För att kunna ta dessa kontakter behöver vi ditt medgivande. Maka/make, närstående eller omsorgsnämnden har inga befogenheter eller laglig rätt att ansöka enligt Socialtjänstlagen eller företräda personen.

JA, jag medger att uppgifterna får inhämtas

NEJ, uppgifterna får inte inhämtas

Ansökan lämnad av:

Sökandes namnunderskrift	Datum
--------------------------	-------

Namn (om annan än sökande: God man/Förvaltare):

Namnunderskrift	Datum	Telefonnummer
-----------------	-------	---------------

Återtagande av sökt insats:

<input type="checkbox"/> Jag vill återta min ansökan om insats	Datum
--	-------

Vid frågor kontakta socialsekreterare utifrån födelsedag:

dag 1-10: 0454-814 62

dag 11-31: 0454-819 96