



# Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen till personer med psykisk funktionsnedsättning

**Ansökan skickas till:**

Socialpsykiatri  
Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad  
Karlshamns kommun  
374 81 Karlshamn

**Ansökan datum:** \_\_\_\_\_

## Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefon

## Beskriv din situation

## Sätt kryss för den eller de insatser som ansökan avser

<input type="checkbox"/> Jag vill först rådgöra med handläggare om 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 personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad behöver behandla personuppgifter om dig för att kunna handlägga ditt ärende. Den rättsliga grunden är myndighetsutövning eller uppgift av allmänt intresse. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha information om de uppgifter vi har om dig eller utöva dina rättigheter enligt GDPR. Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden är personuppgiftsansvarig. Läs mer om hur vi behandlar personuppgifter på [www.karlshamn.se/personuppgifter](http://www.karlshamn.se/personuppgifter).

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 omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden 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
--	-------