



Ansökan

Datum:

\_\_\_\_\_

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

**Ansökan sänds till:**

Socialpsykiatri

Förvaltningen för arbete och välfärd

374 81 Karlshamn

**Personuppgifter**

|        |               |
|--------|---------------|
| Namn   | Personnummer  |
| Adress | Telefonnummer |

**Beskriv din situation:**

Sätt kryss för den eller de insatser som ansökan avser

☐ Jag vill först rådgöra med handläggare angående lämplig insats innan ansökan görs

☐ Boendestöd

☐ Särskilt boende

☐ Kontaktperson

☐ Sysselsättning

Omsorgsnämnden behöver spara och behandla personuppgifter. Syftet med behandlingen är att kunna handlägga denna ansökan. Tillhandahållandet av personuppgifterna är ett lagstadgat krav för att nämnden ska kunna upprätta en dödsboanmälan. Den rättsliga grunden för att behandla personuppgifterna är myndighetsutövning. Dessa personuppgifter kommer att sparas hos oss i fem år efter det att dödsboanmälan är beslutad. De personuppgifter vi behandlar delas med Skatteverket och de personuppgiftsbiträden vi använder oss av för att kunna fullgöra våra skyldigheter gentemot dig.

Läs mer om vår behandling av personuppgifter på [www.karlshamn.se](http://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 |
| Namnunderskrift | Datum | Telefonnummer |

Återtagande av sökt insats:

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

Vid frågor kontakta socialsekreterare:  
Telefon: 0454-819 96, 0454-814 62