



Ansökan

| | | |
|-----------------|-----------|--------------|
| Sökandes namn | | Personnummer |
| Adress | | Tel.nr |
| Närmast anhörig | Släktskap | Tel.nr |

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL)

Ange skäl till varför du söker stöd/hjälp

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Beskrivning av funktionsnedsättning ev. diagnos

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Egna resurser

| | |
|-------------|--|
| Hjälpmedel: | |
|-------------|--|

| | Klarar själv | Klarar delvis | Behöver hjälp |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Personlig vård | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förflyttningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mathållning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Aldrig | Tidvis | Alltid |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Oro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Minnesproblem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desorienterad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Samtycke

Härmed samtycker jag till att erforderliga uppgifter för bedömning av detta ärende inhämtas från:

- Försäkringskassan Sjukvård Närstående
 Socialtjänst Annan

Underskrift

_____ Datum

_____ Sökandes underskrift

_____ Behjälplig vid ansökan

_____ Telefon

Dina uppgifter kommer att dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Notera: Ansökan är ogiltig om underskrift saknas.

Ansökan sändes till:

Vänersborgs kommun, Biståndsenheten, Residensgatan 20, 462 30 Vänersborg

Telefon 0521-72 10 00 vxl

Vad händer sedan?

1. **Kontakt** - En handläggare kommer att kontakta dig eller din företrädare för att påbörja en utredning om behov.
2. **Utredning** - Genom telefonkontakt och personligt möte gör handläggaren en utredning om vilket/vilka behov du har.
3. **Prövning** - Din ansökan prövas mot Socialtjänstlagen för att bedöma att du har rätt till det stöd du ansöker om.
4. **Beslut** - Din ansökan kan antingen beviljas eller avslås.