



### Sökande

Efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon	e-postadress

### Vad behöver du stöd med?

Beskriv vad du behöver stöd med. Ange gärna hur ofta eller hur mycket stöd du behöver.

Jag vill lämna informationen muntligt.

### Annan viktig information

### Samtycke

Samtycke gäller endast denna ansökan och kan alltid återkallas.

Den sökande samtycker till att handläggaren vid utredning av behov får inhämta nödvändiga uppgifter från:							
Landstinget	Socialtjänsten	Försäkringskassan	Annan				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja vem/vilka har du varit i kontakt med där aktuell info kan finnas							

POSTADRESS

Älvsbyns kommun  
Socialtjänsten  
Storgatan 27  
942 85 Älvsbyn

TELEFON /

VÄXEL 0929-17000

## Behov av tolk

Vid telefonkontakt  Ja  Nej Språk: .....

Vid möte  Ja  Nej Språk: .....

De uppgifter du lämnar kommer Älvsbyns kommun att använda för att behandla din ansökan om insatser enligt SoL. Uppgifterna kommer att föras in i kommunens verksamhetssystem i enlighet med personuppgiftslagen (PUL) (1998:2014).

## Jag som ansöker är

Den God sökande  man/förvaltare  Ombud med fullmakt  Vårdnadshavare

Namn: ..... Namn: .....

Adress: ..... Adress: .....

Telefon: ..... Telefon: .....

e-post ..... e-post .....

## Underskrift och försäkran

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnar är sanningsenliga och fullständiga och förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter.

## Underskrift

Datum: .....

Datum: ..... Vid gemensam  
vårdnad, för barn  
under 18 år, ska båda  
vårdnadshavarna  
skriva under ansökan.

Namnförtydligande .....

Namnförtydligande .....

**Ansökan skickas till:**

**Älvsbyns kommun**

**Handläggare SoL/LSS**

**Storgatan 27, 972 85 ÄLVSBYN**

POSTADRESS

Älvsbyns kommun  
Socialtjänsten  
Storgatan 27  
942 85 Älvsbyn

TELEFON /

VÄXEL 0929-17000