


## **Ansökan om övrigt bistånd**

# SoL

Knivsta   
kommun

**Sociala enheten**

**Inkom:**

### Personuppgifter

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefonnummer
Postnummer och postort	Telefonnummer dagtid
Eventuell E-postadress	

### Ansökan

Trygghetslarm	Matdistribution
Hemtjänst	Korttidsplats / Växelvård
Särskilt boende	Ledsagning
Kontaktperson	Dagvård
Avlösning för anhöriga	Boendestöd
Annat	

Beskriv vad Du vill ha hjälp med och varför:

### **Funktionshinder**

Beskriv din funktionsnedsättning / din diagnos (t.ex. nedsatt rörelseförmåga, smärta, försämrat minne, orienteringssvårigheter, nedsatt syn/hörsel, psykisk ohälsa):

### **Samtycke**

Jag samtycker till att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av min ansökan får inhämtas från sjukvård, försäkringskassa, socialtjänst, arbetsförmedling, andra kommuner och myndigheter samt övriga berörda parter under upp till två års tid.

Uppgifter i samband med utredning och beslut kommer att registreras i Knivsta kommuns dataregister i enlighet med personuppgiftslagen, PUL.

Ja

Nej

### **Behov av tolk**

Behöver du tolk vid kontakt med handläggare?

Ja

Nej

Ange vilket språk:

**Sökanden är:**

Personen själv	
God man / Förvaltare	
Vårdnadshavare (för barn och ungdomar 0-18 år)	
Datum	Underskrift

**Hjälpt till med ansökan**

Min relation till den sökande är	
Namn	Telefonnummer
Eventuell E-postadress	

**Blanketten sänds till:**

Biståndshandläggare  
Knivsta kommun  
741 75 Knivsta