

ANSÖKAN SoL -Socialtjänstlagen

Insändes till:

Växjö kommun
Omsorgsförvaltningen/Myndighetsavd.
Box 1222, 351 12 VÄXJÖ

Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon (dagtid)
Behov av tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> om ja, vilket språk:		Behov av teckenspråkstolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Personuppgifter medsökande (make/maka/sammanboende)

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

Ansökan om insats enligt SoL 11 kap.1 § (sätt kryss framför den insats som söks)

<input type="checkbox"/> Hemtjänst i form av: <input type="checkbox"/> Boendestöd i form av: <input type="checkbox"/> Matdistribution <input type="checkbox"/> Ledsagarservice <input type="checkbox"/> Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet <input type="checkbox"/> Kontaktperson 80+. Du kan få den här insatsen om du inte bor i särskilt boende eller går på träffpunkter. <input type="checkbox"/> Tillfällig placering / växelvård <input type="checkbox"/> Särskilt boende <input type="checkbox"/> Dagverksamhet för social samvaro/aktivering eller som avlösning för anhörig <input type="checkbox"/> Annan hjälp i form av:
--

Beskrivning

Varför behöver Du hjälp? (Det går bra att skicka med separat bilaga för denna information)

Bilagor som bifogas denna ansökan (kryssa för vilka du skickar med)

Intyg av läkare <input type="checkbox"/> Intyg av arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Psykologutredning <input type="checkbox"/> Egenvårdsplan <input type="checkbox"/> Kopia på förordnande för god man/förvaltare <input type="checkbox"/> Fullmakt att företräda <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/>
--

