



ÖSTERSUND
VÅRD- OCH OMSÖRGS-
FÖRVALTNINGEN

Ansökan om insatser enligt Socialtjänstlagen 4 kap 1§

Efter- och förnamn

Personnummer

Adress

Bostadstelefon

Anhörig/närstående/god man

Telefon

Anhörig/närstående/god man får kontaktas Ja Nej

Ansökan avser

Trygghetslarm

Praktisk hjälp i hemmet

Ange vad och hur ofta

Matservice

Ange vad och hur ofta

Personlig omvårdnad

Ange vad och hur ofta

Ledsagarservice Hur ofta _____

Dagverksamhet Hur ofta _____
Jonzagården

Anhörigstöd Ange vad och hur ofta _____

Annat Ange vad _____

Orsak till ansökan

Du som söker godkänner att utredning får göras samt att de uppgifter som behövs som underlag för beslutet får inhämtas från sjukvården, Försäkringskassa samt (här finns utrymme att uppge andra myndigheter, anhöriga, etc) Ja Nej

Datum _____

Sökandes/godmans underskrift

Uppgifter i samband med utredning och beslut kommer att registreras i vårt datasystem och användas för hantering av din ansökan. Uppgifterna omfattas av sekretess.

Ansökan skickas till:

Östersunds kommun
Biståndsenheten
Biståndshandläggare _____
831 82 Östersund