



Vård och omsorg myndighetsavdelning
Biståndsenheten äldre/SoL från 18 år
134 81 Gustavsberg

Ansökan om bistånd *(enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen)*

Personuppgifter sökande

Namn:
Personnummer:
Adress:
Telefon:
Närvaro anhöriga/ställföreträdare:

Ansökan avser:

Samtycke

Genom min ansökan samtycker jag till att den dokumentation som upprättas om mig i samband med ansökan, beslut och genomförandet får kommuniceras mellan vård och omsorgsnämnden/Vård och omsorg myndighets avdelning och den/de aktuella utföraren/utförarna.

Datum:	Ort:

Sökandes underskrift

Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan kommer att registreras i kommunens datasystem, i enlighet med Personuppgiftslagen, PUL.

Återtagande av ansökan:

--

Sökandes underskrift