

**Ansökan avser:**

<b>Sökandens namn</b>	<b>Personnummer</b>
Eventuell medsökande	Relation till den som söker
Adress	Telefon bostad
Postnummer och postort	Mobiltelefon
Behjälplig vid ansökan - Namn	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postort
Eventuell god man/förvaltare*, ombud*	Telefonnummer

\* Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud skall bifogas ansökan.

<input type="checkbox"/> Ensamboende	<input type="checkbox"/> Achima Care	<input type="checkbox"/> Har hemsjukvård
<input type="checkbox"/> Samboende	<input type="checkbox"/> Sala Väsby Närvård	<input type="checkbox"/> Har inte hemsjukvård

**Ansökan gäller:**

<input type="checkbox"/> Avlösarservice	<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Boendestöd	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse	<input type="checkbox"/> Växelvårdsavlastning
<input type="checkbox"/> Annat bistånd.....		

**Jag behöver hjälp med följande:**


**Orsaken till att jag behöver insatsen:**


**Jag har tidigare tillgodosett det behovet genom:**


## Samtycke

Under utredningen kan vi behöva ha kontakt med andra myndigheter eller personer såsom hälso- och sjukvård, socialtjänsten, anhöriga för att inhämta nödvändiga uppgifter. För att kunna göra det behöver vi ditt eller ditt ombuds medgivande. Ange nedan en eller fler personer som du samtycker att biståndsenheten har kontakt med gällande ditt ärende. Du kan när som helst återta detta samtycke.

Förnamn & efternamn	Telefonnummer	Relation

Ange i vilka situationer du ger ditt samtycke till att biståndsenheten har kontakt med ovanstående person/personer.

- Biståndsenheten får kontakta personen för att inhämta information till utredningen
- Biståndsenheten får lämna ut information till personen som rör mitt ärende
- Övriga situationer där jag samtycker till kontakt, eller begränsningar i mitt samtycke

### Underskrift:

<b>Ort och datum:</b>	<b>Underskrift huvudsökande:</b>
-----------------------	----------------------------------

<b>Ort och datum:</b>	<b>Underskrift eventuell medsökande:</b>
-----------------------	--

<b>Sänd ansökan till:</b> Sala Kommun Vård och omsorg Biståndsenheten Box 304 733 25 SALA	<b>Besöksadress:</b> Fredsgatan 23, Bergmästaren, Sala Besök avtalas med Biståndshandläggare per telefon 0224-74 90 69
---	---

Du som behöver hjälp att fylla i blanketten - kontakta biståndshandläggare. Telefonnummer: 0224-74 90 69

Behandling av Dina personuppgifter sker i enlighet med lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (2001:454) eller annan författning. För kommunen gäller bestämmelserna i General Data Protection Regulation (GDPR).

### Hur handläggs din ansökan?

1. **Kontakt**  
En handläggare kommer att kontakta dig och eller din företrädare för att påbörja en utredning om ditt behov av hjälp och stöd.
2. **Utredning**  
Handläggaren gör en utredning om vilket behov du har. Ibland behöver handläggaren information från andra än dig, till exempel sjukvård eller annan instans.
3. **Prövning**  
Din ansökan prövas mot socialtjänstlagen för att bedöma om du har rätt till stöd du ansökt om.
4. **Beslut**  
Du får ett skriftligt beslut på din ansökan. Din ansökan kan antingen beviljas eller avslås. Om din ansökan avslås har du rätt att överklaga beslutet. Du kan få hjälp att överklaga av din handläggare. Om din ansökan beviljas verkställs beslutet och det stöd du är beviljad påbörjas.