

Ansökan om insats enligt socialtjänstlagen, SoL

|  |  |
| --- | --- |
| Sökandes namn | Personnummer |
| Adress | Telefonnummer |
| Postnummer och ort | |
| E-postadress | |

# Kryssa i den insats du ansöker om

Boende Boendestöd Kontaktperson Ledsagare Sysselsättning Övrigt

# Beskrivning

Funktionsnedsättning

Jag behöver stöd för att kunna

Postadress Nyköpings kommun Social omsorg

611 83 NYKÖPING

Tfn 0155-24 80 00 (växel) Org nr 21 20 00-29 40

Bg 619-03 42

[kommun@nykoping.se](mailto:kommun@nykoping.se) [www.nykoping.se](http://www.nykoping.se/)

Ansökan om insats enligt SoL 2/2

# Medgivande

I samband med min underskrift nedan medger jag att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av rätt till begärda insatser och som är sekretessbelagda hos Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, sjukvården, barn- ungdoms- och vuxenhabiliteringen, skolan och socialtjänsten får hämtas in av handläggare i Nyköpings kommun.

# Underskrift

Namnteckning

Ort och datum

|  |  |
| --- | --- |
| Namn vårdnadshavare/god man/förvaltare | |
| Adress | Telefonnummer bostad |
| Postnummer och ort | Telefonnummer arbete |
| Namn vårdnadshavare/god man/förvaltare | |
| Adress | Telefonnummer bostad |
| Postnummer och ort | Telefonnummer arbete |

**Information**

Insamlade personuppgifter kommer att registreras, lagras och användas som underlag för beslut om rätt till begärda insatser. Uppgifterna behandlas i datamedia. Berörd personal kan komma att behöva ta del av delar av utredningen.

**Skicka blanketten till:** Nyköpings kommun Social omsorg

611 83 Nyköping