

## Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL)

### Sökande

Förnamn och efternamn		Personnummer:	
Gatuadress:		Postnummer och Ort	
E-postadress:		Telefon dagtid:	
<input type="checkbox"/> Jag är i behov av tolk	Språk:		
<input type="checkbox"/> Jag har digital myndighetsbrevlåda, typ KIVRA eller Min myndighetspost. (Gäller i nuläget endast ansökningar inom socialpsykiatri, exempelvis boendestöd och bostad med särskild service)			
Funktionsnedsättning/Hälsa/Diagnos			

### Ansökan

Beskrivning av den sökandes situation:		
Ansöker om:		
<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet	<input type="checkbox"/> Ledsagning	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för äldre
<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse	<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet	<input type="checkbox"/> Växelboende
<input type="checkbox"/> Boendestöd (stöd i den dagliga livsföringen)	<input type="checkbox"/> Fjärrtillsyn	
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för person med psykisk funktionsnedsättning		
<input type="checkbox"/> Annat:		

## Information om lagen om valfrihetssystem (LOV)

Du som är beviljad hjälp i hemmet har rätt att välja vem som ska utföra den.

Du kan välja kommunens hemtjänst eller en privat utförare som har blivit godkänd av kommunen. Har du behov av stöd mellan klockan 23 - 07 är det alltid kommunen som utför dina hemtjänstinsatser, även om du i övrigt valt en privat utförare

### Vid ett beviljande av hjälp i hemmet önskar jag att det utförs av:

Välj ett alternativ:

- Trollhättans stad, Omsorgsförvaltningen
- Privat aktör (Val av bolag görs efter beslut om hjälp i hemmet)

## Medgivande

Den sökande ska själv inkomma med uppgifter som styrker funktionsnedsättning/behov. Handläggare kan dock ibland behöva förtydligande kompletteringar. Genom att kryssa i nedan ger Du handläggaren medgivande att vid behov kontakta/söka information i

- Skola                                       BUP     Försäkringskassan
- Socialtjänsten                               Arbetsförmedlingen                               Sjukvården
- Habiliteringen                               Omsorgsförvaltningen SoL-Akt                               Omsorgsförvaltningen LSS-akt
- Annan verksamhet inom Omsorgsförvaltningen                              Ange vilken:
- Annat

## God man/Förvaltare/Företrädare med fullmakt

Förordnande/Fullmakt ska bifogas

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:

## Underskrift

Sökande/ Företrädare:	Namnförtydligande:
-----------------------	--------------------

## Ansökan samt bilagor skickas till:

Kontaktcenter  
Trollhättans Stad  
46183 Trollhättan