

## 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.			
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:		

## Lagen om valfrihetssystem

Du som är beviljad hemtjänst 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 insatser på natten mellan kl. 23.00 till 07.00, är det alltid kommunen som utför dina hemtjänst-insatser, även om du har en privat utförare under dagen.

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

Välj ett alternativ.

- Trollhättans Stad
- Privat aktör (Val av bolag görs efter beslut om hemtjänst)

## 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:
Gatuadress:	Postnummer och Ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:
Typ av uppdrag: <input type="checkbox"/> Sörja för person <input type="checkbox"/> Förvalta egendom <input type="checkbox"/> Bevaka rätt	

## Underskrift

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

Ansökan skickas till:  
Kontaktcenter  
Trollhättans Stad  
46183 Trollhättan