

**Ansökan om bistånd
enligt Socialtjänstlagen****Ansökan avser:**

Sökandens namn	Personnummer
Adress	Telefon bostad
Postnummer och postort	Telefon eller mobiltelefon
Eventuell god man/förvaltare*/ombud*	Telefon eller mobiltelefon
Adress	Postnummer och postort
Behjälplig vid ansökan – Namn	Telefon eller mobiltelefon
Adress	Postnummer och postort

*Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas

Ansökan gäller:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anhörigbidrag | <input type="checkbox"/> Boendestöd | <input type="checkbox"/> Ledsagarservice |
| <input type="checkbox"/> Matservice | <input type="checkbox"/> Personlig omvårdnad | <input type="checkbox"/> Servicetjänster |
| <input type="checkbox"/> Stöd till anhöriga | <input type="checkbox"/> Särskilt boende | <input type="checkbox"/> Trygghetslarm |
| <input type="checkbox"/> Annat: _____ | | |

Dina personuppgifter behandlas av Socialnämnden i Åre kommun i syfte att utreda ansökan. Uppgifterna är sekretesskyddade och kommer inte att lämnas vidare. Personuppgiftslagen reglerar användningen.

Datum:	Underskrift:
--------	--------------

Ansökan skickas till:

Åre kommun
Biståndsenheten
Box 201
830 05 Järpen

**Ansökan om bistånd
enligt Socialtjänstlagen**

Beskrivning

Rörelse/ funktionsnedsatt på grund av

Behov av hjälp (t.ex. förflyttning, personlig hygien, praktiska göromål)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Bostad (lägenhet, villa, särskilt boende, antal rum, trappor, hiss)