



**Hässleholms  
kommun**

## Ansökan om insatser enligt SoL

Personuppgifter behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL). Du har rätt att begära utdrag och rättelse. Uppgifter i samband med utredning och beslut kommer att registreras i nämndens dataregister.

### Personuppgifter

|               |              |              |
|---------------|--------------|--------------|
| Förnamn       | Efternamn    | Personnummer |
| Adress        |              |              |
| Telefonnummer | E-postadress |              |

### Funktionsnedsättning

|  |
|--|
|  |
|--|

### Beskrivning av stöd och hjälpbehov

|  |
|--|
|  |
|--|

**Jag/Vi samtycker att uppgifter för bedömning i detta ärende får inhämtas från följande**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Socialförvaltningen | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedling       |
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassa    | <input type="checkbox"/> Förskola/Skola/fritids |
| <input type="checkbox"/> Psykiatri           | <input type="checkbox"/> Övrigt.....            |
| <input type="checkbox"/> Habilitering        | .....   |

**Bifogad handling**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Läkarutlåtande/Psykologutlåtande | <input type="checkbox"/> Annan handling..... |
|---|--|

**Den sökande är**

|                                       |   |                                     |                                  |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Den enskilde | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare | <input type="checkbox"/> Förvaltare | <input type="checkbox"/> God man |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|

**Underskrift av den enskilde:**

|                  |       |
|------------------|-------|
| Namnunderskrift: | Datum |
|------------------|-------|

**Underskrift av vårdnadshavare, förvaltare eller god man (båda vårdnadshavares underskrift)**

|                 |           |               |
|-----------------|-----------|---------------|
| Förnamn         | Efternamn | Telefonnummer |
| Adress          |           | E-postadress  |
| Namnunderskrift |           | Datum         |

|                 |           |               |
|-----------------|-----------|---------------|
| Förnamn         | Efternamn | Telefonnummer |
| Adress          |           | E-postadress  |
| Namnunderskrift |           | Datum         |

**Behov av tolk**

|            |
|------------|
| Ange språk |
|------------|

**Ansökan skickas till: Omsorgsförvaltningen  
Handläggarkontoret  
281 80 Hässleholm**