



ARJEPLOGS
KOMMUN
ÁRJEPLUOVE KOMMUNVYNNÁ

Ansökan om insatser enligt socialtjänstlagen

Datum: _____

Ansökan avser:

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer, Ort
Anhörig: namn, telefonnummer	Anhörig: namn, telefonnummer

Jag ansöker om:

- Trygghetslarm Matdistribution Hemtjänst Korttidsboende Särskilt boende
- Annat: _____

Berätta kortfattat varför du ansöker om insatsen/insatserna.

Härmed samtycker jag att erforderliga uppgifter vid bedömning av ärendet får inhämtas från försäkringskassan, sjukvård och socialtjänst: Ja Nej

Ort / Datum: _____

Sökandes underskrift.: _____

Uppgifterna kommer att databehandlas.

Ansökan skickas till: Biståndshandläggare ÄO, Tingsbacka, 938 81 Arjeplog

Ansökningsanmälan (Fylls i av biståndshandläggaren.)

Ansökan inkom datum: _____

Ansökan mottagen av: _____

Datum och tid för hembesök: _____