



ARJEPLOGS  
KOMMUN  
ÁRJEPLUOVE KOMMUNNA

## 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/erna.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 ÅO, Tingsbacka, 938 81 Arjeplog*

**Ansökningsanmälan** (Fylls i av biståndshandläggaren.)

Ansökan inkom datum: \_\_\_\_\_

Ansökan mottagen av: \_\_\_\_\_

Datum och tid för hembesök: \_\_\_\_\_