



**Ansökan om bistånd enligt  
Socialtjänstlagen ( SoL )**

Insändes till adressen längst ner på sidan.

**Personuppgifter** (den sökande)

Sökande för- och efternamn	Personnummer
Adress	Postadress
E-postadress	Telefon

**Företrädare**

<input type="checkbox"/> God man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Person med fullmakt
Företrädare för- och efternamn	Personnummer	
Adress	Postadress	
E-postadress	Telefon	

**Ansökan avser**

<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet	<input type="checkbox"/> Korttidsboende	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Övrigt		

**Samtycke**

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för utredning får inhämtas från Försäkringskassa, sjukvård, skola, elevhälsa och socialtjänst.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

**Beskriv orsaken till behovet av bistånd** (vid behov av mer utrymme, fortsätt på sid.2)

--

**Namnteckning**

Ort och datum	
Sökande/ Företrädare, namnteckning	Namnförtydligande

**Beskriv orsaken till behovet av bistånd (fortsättning)**

Biståndshandläggare  
Övertorneå Kommun  
Stöd- och omsorgsförvaltningen  
957 85 Övertorneå  
Tel: 0927-72000 vxl