



Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL)

Personuppgifter

Namn	Pers.nr
Make/Maka/Sambo	Pers.nr
Adress	Telefon
Postadress	
e-mailadress	

Legal företrädare

<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
Namn	Telefon
Adress	
Jag ansöker om	<input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Stöd enligt Socialtjänstlagen vid funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa	

Beskriv kortfattat vad ansökan avser, vilket behov av hjälp som föreligger

--

Funktionsnedsättning ev. diagnos och/eller kort beskrivning

--

Behov av tolk föreligger - ange språk

Underskrift

Datum	Namn
-------	------

Ansökan skickas till

Biståndsenheten
Härnösands Kommun
871 80 Härnösand