



Härnösands kommun

Socialförvaltningen

Ansökan om stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen (SOL) för dig som är äldre eller har en funktionsnedsättning

Sökandes personuppgifter

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	E-post	

Personuppgifter på dig som ansöker för någon annans räkning

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	E-post	
Relation till den sökande		

Ditt behov

Beskriv vad du behöver stöd och hjälp med
Anledning till ansökan
Vid behov av tolk, ange språk

När jag skickar in denna blankett samtycker jag till att Härnösands kommun behandlar personuppgifterna enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på: www.harnosand.se/gdpr

Datum _____ Datum _____

Underskrift sökande _____ Underskrift ombud _____

Namnförtydligande _____ Namnförtydligande _____

Skicka ansökan till:
Härnösands kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
871 80 Härnösand

E-post: socialforvaltningen@harnosand.se
Telefon växel: 0611-34 80 00

Kontaktuppgifter:

Telefon: 0611-34 80 00
Telefontid: Måndag, onsdag och fredag kl. 8.15-9.15
E-post: bistandshandlaggare@harnosand.se