



Härnösands kommun

Socialförvaltningen

Funktionsnedsättning/diagnos

Beskriv kort din funktionsnedsättning och diagnos, bifoga intyg

För att vi ska kunna behandla din ansökan, kan vi behöva hämta uppgifter från andra myndigheter

Kryssa i de myndigheter du godkänner att vi hämtar uppgifter från

<input type="checkbox"/> Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Sjukvården	<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen
<input type="checkbox"/> Skolan/förskolan	<input type="checkbox"/> Övrig socialtjänst	

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 sökande

Namnförtydligande

Namnförtydligande

OBS!

När ansökan gäller barn och vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under ansökan.

Skicka ansökan till
Härnösands kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
871 80 Härnösand

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