



Ansökan om bistånd: hemtjänst, särskilt boende, avlösning och övriga insatser

Det är enbart den person det berör, eller en legal företrädare (god man/förvaltare/ombud) som kan göra ansökan. Om det är en legal företrädare som gör ansökan ska en kopia av fullmakten eller registerutdrag om ställföreträdarskap från överförmyndarnämnden bifogas.

Personuppgifter

Sökande, för- och efternamn		Personnummer	
Adress			
Telefonnummer	Mobilnummer	E-post	
Delar du bostad med någon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Medsökande, närmast anhörig/företrädare

Eventuell medsökande, för- och efternamn		Personnummer på medsökande	
Närmast anhörig/företrädare	Telefonnummer	E-post	

Om du har behov av tolk, ange på vilket språk: _____

Ansökan gäller:

Hjälp i hemmet

- Hemtjänst
- Trygghetslarm
- Matdistribution
- Anhörigstöd, avlösning i hemmet

Särskilt boende

- Korttidsplats
- Växelplats
- Särskilt boende

Övrigt

- Dagverksamhet för personer med demenssjukdom
- Annat

Specificera vad du ansöker om och varför du behöver detta stöd.

POSTADRESS

Ljungby kommun, 341 83 Ljungby

E-POST

info@ljungby.se

TELEFON

0372-78 90 00 vx

FAX

0372- 78 91 44

ORG NR

212000-0670

WEBBPLATS

www.ljungby.se

Uppgifter som vi kan behöva hämta från annan part

För att göra en bedömning av vilken rätt till insatser du har kan vi behöva uppgifter som finns hos andra myndigheter. Dessa uppgifter är sekretessbelagda. Vi behöver därför ditt samtycke till att vi får ta del av dessa uppgifter.

Härmed samtycker jag till att socialförvaltningen i Ljungby kommun får hämta uppgifter för att kunna bedöma min ansökan.

Ja de får hämta uppgifter från följande:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anhöriga/närstående | <input type="checkbox"/> Socialtjänsten | <input type="checkbox"/> Vårdcentralen |
| <input type="checkbox"/> Sjukhuset | <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> Andra verksamheter i hemkommunen |

Du kan när som helst återkalla ditt samtycke genom att kontakta en biståndshandläggare.

Nej, jag samtycker inte till att uppgifter hämtas.

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är sanningsenliga.

Ort och datum	Den sökandes underskrift
Ort och datum	Underskrift av eventuell medsökande
Om du fått hjälp att fylla i ansökan av god man eller förvaltare, så fyll i namnet på den personen.	Telefonnummer till god man eller förvaltare som hjälpt dig att fylla i ansökan.

Information om personuppgiftslagen (PuL)

För att kunna behandla din ansökan kommer vi att registrera den och dina personuppgifter i vårt verksamhetssystem. Du har enligt PuL rätt att ta del av de uppgifter som gäller dig själv som finns i vårt register och även begära rättelse av dessa. Personuppgiftsansvarig är socialnämnden.

Kontakt

Har du några frågor är du välkommen att kontakta Ljungby kommuns biståndshandläggare. Du når oss via kommunens växel på telefonnummer: 0372 -78 90 00.

Skicka din ifyllda blankett till:

Ljungby kommun
Individ- och familjecenter
341 83 Ljungby.

POSTADRESS

Ljungby kommun, 341 83 Ljungby

E-POST

info@ljungby.se

TELEFON

0372-78 90 00 vx

FAX

0372- 78 91 44

ORG NR

212000-0670

WEBBPLATS

www.ljungby.se