



# ANSÖKAN

*Ansökan gällande rätten till  
bistånd enligt kap 4 § 1  
Socialtjänstlagen*

<input type="checkbox"/>	Särskild boendeform
<input type="checkbox"/>	Korttidsplats/Avlastning/Växelvård
<input type="checkbox"/>	Dagvård/Dagrehab
<input type="checkbox"/>	Trygghetslarm
<input type="checkbox"/>	Matdistribution
<input type="checkbox"/>	Hemtjänst i form av: _____

Personnummer	Namn		
Adress			
Postnummer	Postadress		
Telefon			
Anhörig/god vän som varit behjälplig vid ansökan:			
Namn		Telefon	
Relation			

Kommunens biståndshandläggare är skyldig att utan dröjsmål inleda en utredning utifrån din ansökan. Denna skyldighet regleras i kap 11 § 1 Socialtjänstlagen. Utredningen leder fram till ett beslut, bifall eller avslag/delavslag. Beslutet delges socialnämnden.

Jag medger att information om mig får inhämtas/lämnas till:

Berörd personal Ja  Nej

Anhörig Ja  Nej

Annat:

---

---

---

---

Ort och datum	Ansökan skickas till: <b>Essunga kommun</b> <b>Socialförvaltningen</b> <b>465 82 Nossebro</b> Telefon 0512-570 00
Namnunderskrift	