



## Ansökan om stöd och service enligt socialtjänstlagen, SoL

### Vård- och omsorgsförvaltningen

De uppgifter du lämnar behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen. För mer information om hur dina uppgifter behandlas, se Mölnåls stads webbplats [www.molndal.se/personuppgift](http://www.molndal.se/personuppgift).

#### Ansökan gäller

Namn
Adress
Postadress och postnummer
Telefon (även riktnr)
Personnummer

#### Skicka ansökan till

Biståndsenheten  
Mölnåls stad  
431 82 Mölnåls

#### Biståndsenheten

031-315 23 30  
Mån-fre kl. 9-10 och  
13-14

Besök avtalas med  
biståndshandläggare.

#### Jag behöver hjälp med

----------------------

#### Jag ansöker om

<input type="checkbox"/> Hemtjänst, personlig omvårdnad (hygien, promenad m.m.)	<input type="checkbox"/> Hemtjänst, service (städ, tvätt, inköp)
<input type="checkbox"/> Korttidsplats	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för personer med demenssjukdom	<input type="checkbox"/> Ledsagning
<input type="checkbox"/> Annat _____	<input type="checkbox"/> Äldreboende

Jag godkänner att vård- och omsorgsförvaltningen hämtar in nödvändiga uppgifter om mig från andra myndigheter, läkare eller dylikt. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Jag är</b> <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Sammanboende
---	---

Jag önskar få en bekräftelse via sms när min ansökan är mottagen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mobilnummer
--	-------------

Datum	Underskrift med namnförtydligande
-------	-----------------------------------

#### Om någon hjälpt till att fylla i blanketten, ange vem

<input type="checkbox"/> Anhörig	<input type="checkbox"/> God man eller förvaltare	<input type="checkbox"/> Annan
Namn	Adress	Telefon (även riktnr)