

Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL)

Förnamn	Personnummer (år, dag, månad, nr)
Efternamn	Telefonnummer
Bostadsadress	Postnummer, postort

Ansökan initierad av:

Den sökande God man/förvaltare

Följande person har varit behjälplig med ansökan _____

Ange nedan skäl till att du söker bistånd samt vad du anser dig behöva hjälp med

Var god vänd (fler uppgifter krävs på baksidan)

**Medgivande**

Jag medger att uppgifter för bedömning av detta ärende får inhämtas från:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen |
| <input type="checkbox"/> Landstingets sjukvård och psykiatri | <input type="checkbox"/> Individ- och familjeomsorgen, Lessebo |
| <input type="checkbox"/> Barn- och vuxenhabiliteringen | <input type="checkbox"/> Hemsjukvården, Lessebo |
| <input type="checkbox"/> Annan | <input type="checkbox"/> Arbete och integration, Lessebo |

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Underskrift sökande:

Datum

Namnteckning

Ansökan skickas till:
Lessebo kommun
Socialförvaltningen
Myndighetshandläggare
Box 13
360 50 Lessebo