Salems kommun

Socialförvaltningen

ANSÖKAN om insatser enligt lagen om SoL - SocialtjänstLagen

1. DINA PERSONUPPGIFTER

Namn (sökande)	Personnummer (12 siffror)
Adress	Portkod
Postnummer och ort	Telefonnummer (dagtid)

2. UPPGIFTER OM DIN FÖRETRÄDARE

☐ Vårdnadshavare ☐ Särskild förordnad vårdnadshavare ☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Ombud med fullmakt/anhöriga	
Namn	
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnummer (dagtid)

3. ÖNSKAR ETT INFORMATIONSMÖTE

☐ Ja

4a. ANSÖKAN AVSER

4b. BESKRIV KORTFATTAT ANLEDNINGEN TILL ANSÖKAN

Post: Salems kommun, 144 80 Rönninge
Besök: Säby Torg 16 och Sanatorievägen 20, Salem
Telefon: 08-532 598 00
Fax: 08-532 598 87
E-post: soc@salem.se
Webb: www.salem.se
Org nr: 212000-2874
Bankgiro: 210-9569

Salems kommun

5. ANNAN VIKTIG INFORMATION (t ex om du behöver tolk, diagnoser, sjukdomar)

6. FÖRSÄKRAN SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är fullständiga och sanningsenliga. Jag vet om att jag är skyldig att omgående meddela kommunen ändrade förhållanden som kan påverka mitt beslut.

Jag samtycker till att Salems kommun får dokumentera, bearbeta och arkivera den information som samlas in på denna blankett.

Jag är informerad om att kommunen kan hämta uppgifter från Skatteverket, Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten.

Dina personuppgifter kommer att registreras i kommunens datasystem i enlighet med GDPR.
Läs mer på kommunens hemsida om hur vi hanterar dina personuppgifter
https://www.salem.se/omsorg--hjalp/personuppgifter/

Sökande/fullmaktsinnehavare, namnteckning

Ort och datum

Namnförtydligande

Sökande/Legal företrädare/Vårdnadshavare 2*

Datum

Namnförtydligande

*Ansökan kräver båda vårdnandshavarnas underskrift