



Socialförvaltningen

**1. DINA PERSONUPPGIFTER**

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

**2. UPPGIFTER OM DIN FÖRETRÄDARE**

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Särskild förordnad vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt/anhöriga	
Namn	
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnummer

**3. ÖNSKAR ETT INFORMATIONSMÖTE**

Ja

**4a. ANSÖKAN AVSER**

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

**4b. BESKRIV KORTFATTAT ANLEDNINGEN TILL ANSÖKAN**

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



## 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/fullmaktsinnehavare, namnteckning 2\*

Ort och datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Namnförtydligande

\_\_\_\_\_

\*Ansökan kräver båda vårdnandshavarnas underskrift

