

## ANSÖKAN SoL -Socialtjänstlagen

### Insändes till:

Växjö kommun  
Omsorgsförvaltningen/Myndighetsavd.  
Box 1222, 351 12 VÄXJÖ

### Personuppgifter

|   |         |   |
|---|---------|---|
| Efternamn   | Förnamn | Personnummer  |
| Adress  |         | Telefon (dagtid)  |
| Behov av tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/><br>om ja, vilket språk: ..... |         | Behov av teckenspråkstolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |

### Personuppgifter medsökande (make/maka/sammanboende)

|           |         |              |
|-----------|---------|--------------|
| Efternamn | Förnamn | Personnummer |
|-----------|---------|--------------|

### Ansökan om bistånd enligt SoL 4 kap.1 § (sätt kryss framför den insats som söks)

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hemtjänst/boendestöd i form av: .....<br><input type="checkbox"/> Matdistribution<br><input type="checkbox"/> Ledsagarservice<br><input type="checkbox"/> Trygghetslarm<br><input type="checkbox"/> Avlösning<br><input type="checkbox"/> Kontaktperson för dig över 80 år, som inte bor på särskilt boende eller deltar i träffpunktsverksamhet<br><input type="checkbox"/> Tillfällig placering / växelvård<br><input type="checkbox"/> Särskilt boende<br><input type="checkbox"/> Dagverksamhet för social samvaro/aktivering/miljöombyte eller som avlösning för anhörig.<br><input type="checkbox"/> Annan hjälp i form av: ..... |
|--|

### Beskrivning

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Varför behöver Du hjälp? | Det går bra att skicka med separat bilaga för denna information. |
|                          |  |
|                          |  |
|                          |  |

### Bilagor som bifogas denna ansökan (kryssa för vilka du skickar med)

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Intyg av läkare <input type="checkbox"/>  | Intyg av arbetsterapeut <input type="checkbox"/> | Psykologutredning <input type="checkbox"/> | Egenvårdsplan <input type="checkbox"/> |
| Kopia på förordnande för god man/förvaltare <input type="checkbox"/> Fullmakt att företräda <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> ..... |  |  |  |

