

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL**Sökande**

| | | | |
|--------------|-------|--------------|--------|
| Namn sökande | | Personnummer | |
| Adress | | Postnummer | Ort |
| Telefon | Mobil | | E-post |

Eventuell medsökande

| | |
|--------------|--------------|
| Namn sökande | Personnummer |
|--------------|--------------|

Nuvarande bostadsförhållande/hemsituation

.....

.....

.....

Anledning till din ansökan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Önskemål Särskilt boende**Ansökan från boende i annan kommun**Om du idag erhåller bistånd i **annan kommun**, fyll i kontaktuppgifter till biståndsbedömare.

| | |
|-----------------------|---------|
| Namn biståndsbedömare | Telefon |
|-----------------------|---------|

Jag medger att Ekerö kommun får hämta uppgifter om inkomster och bidrag från Skatteverket, Riksförsäkringsverket och Försäkringskassan. Avgift uttages enligt fastställd taxa.

Jag samtycker till att information får lämnas till berörda utförare.

.....
Datum

Sökandes namnteckning

Behjälplig vid ifyllande av ansökan

Anhörig

God man

Förvaltare

Annan

| | |
|------|---------|
| Namn | Telefon |
|------|---------|

Blanketten skickas till: **Ekerö Kommun**
Socialförvaltningen
Box 205
178 23 EKERÖ