



## Ansökan om bistånd enligt SoL

### Information

Om du har några frågor är du välkommen att ringa Kontaktcenter på telefon 08-579 210 00 (Knappval 1).

De personuppgifter du lämnat kommer att användas när vi utreder din ansökan. Om du vill ha ytterligare information om hur personuppgifterna används kan du skriftligen be om detta hos vård- och omsorgskontoret i Sollentuna kommun. Personuppgiftsansvar vilar enligt personuppgiftslagen på vård- och omsorgsnämnden.

### Ansökan skickas till:

Sollentuna kommun  
Vård- och omsorgskontoret  
191 86 Sollentuna

### Personuppgifter (för dig som ansökan gäller)

Sökandes namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefon	Mobiltelefon		E-post

Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" vilket språk?
---	-----------------------

### Har du en god man eller förvaltare?

Om du har god man eller förvaltare ska du skicka med ett förordnande första gången du skickar in blanketten.

<input type="checkbox"/> Jag har god man <input type="checkbox"/> Jag har förvaltare	För- och efternamn	
Telefon inkl. riktnummer	Mobiltelefon	E-post

### Anhörig

Namn	Telefon/kontaktuppgifter	Anknytning (t.ex. son/dotter, hemtjänst)
------	--------------------------	--

### Primär kontaktväg

<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Brev <input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> Annat: _____
---

### Jag ansöker om följande insatser (insatserna beskrivs kortfattat på sista sidan)

<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet
<input type="checkbox"/> Omvårdnads-/ demensboende	<input type="checkbox"/> Korttidsboende/växelvård	

Vänd sida >>>

**Anledning till varför jag ansöker (t.ex. boendesituation, hjälpbehov eller hälsotillstånd)****Jag väljer följande utförare (Gäller hemtjänst och trygghetslarm. Se separat information)**

Namn på utförare: .....  Icke-val (Du tilldelas en utförare)

**Övrigt**

Jag medger att uppgifter för bedömning av detta ärende får utbytas med nedanstående:

Försäkringskassan       Landsting  
 Socialkontoret       Anhöriga       Annat: .....

Om jag får insatsen beviljad godkänner jag att mina uppgifter får lämnas till ansvarig utförare

Ja       Nej

Övrig information

**Underskrift**

.....  
*Underskrift av dig som ansökan gäller*

.....  
*Ort och datum*

.....  
*Underskrift av god man/förvaltare*

.....  
*Ort och datum*

## **Information om de olika insatser du kan ansöka om via denna blankett**

### **Hemtjänst**

Hemtjänst är ett samlingsbegrepp för olika former av stöd, service och omsorg i hemmet. Målet med hemtjänsten är att underlätta för dig att leva ett självständigt liv och att göra det möjligt för dig att bo kvar hemma.

### **Trygghetslarm**

Du som känner dig otrygg eller osäker i hemmet kan ansöka om att få ett trygghetslarm, för att kunna påkalla hjälp.

### **Dagverksamhet**

Dagverksamhet är en behovsprövad insats för dig som är äldre och som har funktionsnedsättning samt för dig med demenssjukdom. Syftet med dagverksamheten är att underlätta för dig att bo kvar hemma genom meningsfull aktivitet och kontakt med andra.

### **Olika boendetyper**

- **Omvårdnadsboende**  
Omvårdnadsboenden är till för dig som inte längre kan få behovet av omsorg, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet. På flera av våra boenden finns enheter med demensinriktning.
- **Korttidsboende/växelvård**  
Ett korttidsboende är ett tillfälligt boende med omvårdnad. Korttidsvistelsen kan fungera som växelvård, till exempel om någon vårdar en anhörig i det ordinarie boendet och behöver avlastning.