



## Ansökan

Datum.....

### Sökandes personuppgifter

Namn	Personnummer	Telefon
Adress	Postnummer	Postadress

### Medsökandes personuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

### Ansökan av

<input type="checkbox"/> Den sökande	<input type="checkbox"/> God man
--------------------------------------	----------------------------------

### Anmälan inkom från

<input type="checkbox"/> Anhörig	<input type="checkbox"/> Sjukhus/ Distriktssköterska	<input type="checkbox"/> Annan
----------------------------------	---	--------------------------------

### Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Hjälp i hemmet (4 kap 1 § socialtjänstlagen)
<input type="checkbox"/> Särskilt boende (4 kap 1 § socialtjänstlagen)
<input type="checkbox"/> Annat (4 kap 1 § socialtjänstlagen)

### Önskemål om insats på modersmål

<input type="checkbox"/> Finska	<input type="checkbox"/> Samiska	<input type="checkbox"/> Meänkieli
Övrigt:		



**Ange skäl till ansökan**

--

**Medgivande**

**Härmed medger jag att nödvändiga uppgifter för bedömningen av detta ärende får utlämnas från:**

<input type="checkbox"/> Försäkringskassan
<input type="checkbox"/> Sjukvården
<input type="checkbox"/> Socialtjänsten
<input type="checkbox"/> Annan
Övrigt:

Gällande bestämmelser personuppgiftslagen (PUL) 1998:204

Ansvarig (personuppgiftsansvarig) är Kiruna kommun, socialnämnden, 981 85 Kiruna kommun, telefon: 0980-70 000 vx.

För kommunen gäller bestämmelserna i Personuppgiftslagen . Önskar du närmare information om lagens innebörd, vänd dig då till din handläggare.

**Sökandes underskrift**

Datum	Namnsteckning
Behjälplig vid ansökan – Namnteckning	

**Sänd ansökan till:** Kiruna kommun, socialförvaltningen, stadshuset, 981 85 Kiruna kommun

**Har du frågor kontakta:**

Handläggare.....Tel:.....