



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 (11 kap 1 § socialtjänstlagen)
<input type="checkbox"/> Särskilt boende (11 kap 1 § socialtjänstlagen)
<input type="checkbox"/> Annat (11 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:.....