



ANSÖKAN ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN

Personuppgifter

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

Närmast anhörig

Namn		Relation till den sökande (t.ex. maka, make, barn)
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

Ansökan avser

Beskrivning av orsak till ansökan (beskrivning av funktionsnedsättning, hälsa, boendesituation eller dylikt)

Blanketten skickas till

Mönsterås kommun, Biståndsenheten
Box 54, 383 22 Mönsterås

Mer information

0499-170 00
kommun@monsteras.se

Personuppgifterna i denna blankett registreras och sparas i kommunens dataregister enligt dataskyddsförordningen. För ytterligare information se [monsteras.se/gdpr](https://www.monsteras.se/gdpr)

**Fortsättning, beskrivning av orsak till ansökan**

Övrig information

Underskrift

Underskrift	Ort och datum
	Namnförtydligande

Om annan än den sökande, ange nedan i egenskap av

<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt (bifoga kopia på fullmakt)
Underskrift	Ort och datum	
	Namnförtydligande	
Adress	Postnummer	Ort

Samtycke

<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att sekretessbelagda uppgifter om mig som är nödvändiga för bedömning för beslut om insatser och avgifter får inhämtas från Försäkringskassan, Landstinget, Vuxenhabiliteringen eller socialtjänsten av biståndsenheten, Mönsterås kommun.
<input type="checkbox"/> Jag samtycker inte till att sekretessbelagda uppgifter om mig inhämtas från Försäkringskassan, Landstinget, Vuxenhabiliteringen eller socialtjänsten av biståndsenheten, Mönsterås kommun.

Om samtycket är begränsande, ange begränsningen här

Blanketten skickas tillMönsterås kommun, Biståndsenheten
Box 54, 383 22 Mönsterås**Mer information**0499-170 00
kommun@monsteras.se**Personuppgifterna i denna blankett** registreras och sparas i kommunens dataregister enligt dataskyddsförordningen. För ytterligare information se monsteras.se/gdpr