

**Ansökan om insats enligt Socialtjänstlagen 4 kap 1 §
(boendestöd, kontaktperson)**

Sänds till:
Socialpsykiatrin
Östhammars kommun
Box 36
742 21 Östhammar

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer/mobilnummer
Postadress	E-post

Jag ansöker om:

- Kontaktperson
- Boendestöd

Detta behöver jag stöd med:

- Inköp
- Stöd i hemmet
- Social aktivering/träning
- Personlig hygien
- Kontakta sjukvård/myndighet
- Annat: _____

Beskrivning av funktionsnedsättning, om möjligt, diagnos/diagnoser (skicka med aktuellt läkarintyg som styrker funktionsnedsättning).

- JA**, den sökande samtycker till att utredande handläggare får inhämta nödvändiga uppgifter och intyg som är nödvändiga för bedömning av rätt till begärda insatser och som är sekretessbelagda hos Försäkringskassan, Sjukvården, Ungdom/Vuxenhabiliteringen och Socialtjänsten. Samtycket gäller endast denna ansökan och kan alltid återkallas.

Underskrift av sökande:

Datum

Namnteckning

Om någon hjälpt till att fylla i blanketten, ange vem:

- God man
- Förvaltare
- Annan: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Underskrift