



## BEGÄRAN OM INSATSER enligt SoL, Socialtjänstlagen (SFS 2001:453)

Sändes till: Social Vård/Funktionsnedsättning, Sockerbruksgatan 1, 531 40 LIDKÖPING

Sökandes efter- och förnamn	Personnummer
Postadress	Folkbokföring
	Bostadstelefon
Behjälplig vid ansökan	

### Ansökan om:

- Boendestöd
- Särskilt boende
- Kontaktperson
- Trygghetslarm
- Annat

### Beskriv vad du behöver hjälp med:

---

---

---

---

---

---

---

### Jag bifogar:

- Läkarintyg
- ADL-utlåtande
- Psykologutlåtande
- Annat

### Medgivande

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från annan myndighet

Försäkringskassan Ja  Nej

Sjukvården Ja  Nej

Skolan Ja  Nej

Annan förvaltning inom Lidköpings kommun Ja  Nej

Arbetsförmedling Ja  Nej

Annat: \_\_\_\_\_

**Egen ansökan**

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

**God man, förvaltare eller/och vårdnadshavare**

Om föräldrar ej sammanbor men har gemensam vårdnad ska ansökan undertecknas av båda vårdnadshavarna

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Ansökan sänds till  
Social Vårld  
Funktionsnedsättning  
Sockerbruket 1, vån 3  
531 40 Lidköping