**Ansökan SoL – Socialtjänstlagen** 2018-05-25
**Hemtjänst**

**Ansökan inkom _____**

| | |
|---|---|
| Namn**:** | Personnummer: |
| Adress: | Telefon: |
| Anhörig: | Telefon: |

Markera i rutan sökta insatser. Information finns i broschyren och på Ronneby kommuns hemsida **www.ronneby.se**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Hemtjänst | ☐ Nattinsats | ☐ Dagverksamhet |
| ☐ Trygghetslarm | ☐ Ledsagning | ☐ Korttidsvistelse |
| ☐ Matdistribution | ☐ Avlösning | ☐ Växelvård |

Beskriv varför Du vill ansöka om hemtjänst.

_____

_____

_____

_____

_____

Fortsätt på baksidan om raderna inte räcker

Information om behandling av personuppgifter

Vård- och omsorgsnämnden behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR). Om du vill veta mer hur dina personuppgifter behandlas kan du gå in på www.ronneby.se/gdpr.

*Underskrift av sökanden*

_____ _____
Datum Namnteckning

_____
Namnförtydligande

**Samtycke**

Jag godkänner att Vård- och omsorgsförvaltningen i Ronneby kommun inhämtar uppgifter nödvändiga för bedömning av rätt till sökta insatser från Försäkringskassan, primärvården eller Individ- och familjeomsorgen mfl.

☐ Ja ☐ Nej

Postadress:
Myndighetskontoret
Vård- och omsorgsförvaltningen Ronneby kommun
Karlshamnsv.4 Stadshuset
372 80 Ronneby

Telefon kommunväxel:
0457 - 61 80 00

Hemsida:
www.ronneby.se

Fortsättning_____