

## Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen

### Skicka blanketten till

Växjö kommun, Arbete och välfärd, Utredningsenheten Socialpsykiatri, Box 1222, 351 12 Växjö

### Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon/mobilnummer
E-post		
Behöver tolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja    Om ja, vilket språk		Behöver teckenspråkstolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

### Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen 4 kap.1 § (sätt kryss framför den insats som söks)

<input type="checkbox"/> Boendestöd	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Sysselsättning	<input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet
<input type="checkbox"/> Matdistribution	<input type="checkbox"/> Tillfällig placering / växelvård
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Annan hjälp i form av: .....	

### Beskrivning

Varför behöver du hjälp?

### Vilka bilagor skickar du med?

<input type="checkbox"/> Intyg av läkare	<input type="checkbox"/> Intyg av arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Psykologutredning	<input type="checkbox"/> Egenvårdsplan
<input type="checkbox"/> Kopia på förordnande för god man/förvaltare		<input type="checkbox"/> Fullmakt att företräda	
<input type="checkbox"/> Annat .....			

## Så behandlas dina personuppgifter

För att vi ska kunna utreda din ansökan och verkställa de insatser som du bedöms berättigad till behöver vi behandla dina personuppgifter. Det är i huvudsak ditt namn, personnummer och de övriga uppgifter du lämnar i din ansökan. Vi behandlar däremot aldrig fler personuppgifter än vad som är nödvändigt för vår verksamhet. De personuppgifter vi behandlar kommer i huvudsak direkt från dig men uppgifter kan, efter ditt samtycke, även komma att inhämtas från andra. Om du inte vill lämna de personuppgifter som vi behöver för verksamheten kan följderna bli att din ansökan inte kan beviljas. Vi tillämpar alltid gällande personuppgiftslagstiftning när vi behandlar dina personuppgifter. Den rättsliga grunden för vår behandling är myndighetsutövning. Dina personuppgifter kommer att sparas så länge som du är beviljad insatser och kommunen kan ha en skyldighet att arkivera dem enligt lag och kommunala bestämmelser. Vi kan även komma att dela dina personuppgifter med andra, förutsatt att vi är skyldiga att göra så enligt lag. Dina uppgifter kan också komma att användas för följande syften: tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten. Du har rätt till information om när och hur dina personuppgifter behandlas. Du har i vissa fall även rätt att få dina uppgifter rättade, raderade eller begränsade. Du har även rätt att begära information om vilka personuppgifter som behandlas om dig, ett så kallat registerutdrag. Personuppgiftsansvarig för behandlingen är nämnden för arbete och välfärd org.nr 212000-0662. För att utöva dina rättigheter och exempelvis begära ett registerutdrag kan du vända dig till arbete och välfärd genom att ringa 0470-410 00 eller skicka e-post till [arbete.valfard@vaxjo.se](mailto:arbete.valfard@vaxjo.se). Växjö kommun har även ett dataskyddsombud som du kan vända dig till genom att ringa 0470-410 00 eller skicka e-post till [info@vaxjo.se](mailto:info@vaxjo.se). Om du är missnöjd med vår hantering av dina personuppgifter kan du klaga hos tillsynsmyndigheten Integritetsskyddsmyndigheten. Kontaktuppgifter hittar du på [imy.se](http://imy.se). Hos Integritetsskyddsmyndigheten hittar du även mer information om bland annat dataskyddsförordningen och dina rättigheter.

## Samtycke till att inhämta uppgifter

För att kunna utreda och fatta beslut i detta ärende kan ytterligare sekretessbelagda uppgifter, som bedöms vara väsentliga för utredningen, behöva inhämtas. Du kan när som helst återkalla ditt samtycke. Observera att om uppgifter inte får inhämtas kan följden bli att din begäran avslås.

Personnummer sökande.....

Kryssa i varifrån du godkänner att vi hämtar uppgifter

- |                                                          |                                                                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vårdcentral                     | <input type="checkbox"/> Skola och barnomsorg                       |
| <input type="checkbox"/> Barn- och ungdomshabiliteringen | <input type="checkbox"/> Omsorgsförvaltningen                       |
| <input type="checkbox"/> Barn- och ungdomspsykiatri      | <input type="checkbox"/> Andra verksamheter inom arbete och välfärd |
| <input type="checkbox"/> Vuxenhabiliteringen             | <input type="checkbox"/> Försäkringskassan                          |
| <input type="checkbox"/> Rättspsykiatri                  | <input type="checkbox"/> Anhörig, ange vem.....                     |
| <input type="checkbox"/> Vuxenpsykiatri                  |                                                                     |

Du kan när som helst återkalla ditt samtycke. Observera att om uppgifter inte får inhämtas kan följden bli att din ansökan avslås.

## Information

Konsultation kan komma att ske och ärendet kan komma att överlämnas till omsorgsförvaltningen, om det bedöms tillhöra den andra förvaltningens verksamhetsområde.

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifter jag lämnar i samband med min ansökan är riktiga och fullständiga. När uppgifter jag lämnat har förändrats måste jag meddela det till arbete och välfärd.

## Underskrift

.....  
Datum Namnteckning och namnförtydligande Namnteckning och namnförtydligande

Om annan än sökanden själv, sätt kryss i lämplig ruta:

- |                                  |                                     |                                                        |                                                                               |                                             |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> God man | <input type="checkbox"/> Förvaltare | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare, ensam vårdnad | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare, gemensam vårdnad (två underskrifter) | <input type="checkbox"/> Ombud via fullmakt |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

## Kontaktuppgifter till god man/förvaltare/vårdnadshavare/ombud

.....  
Namn Adress

.....  
Telefon E-post

## Behjälplig med ansökan

.....  
Namn Telefon (dagtid)