

# ANSÖKAN SoL -Socialtjänstlagen

**Insändes till:**

Växjö kommun

Omsorgsförvaltningen/Myndighetsavd.

Box 1222, 351 12 VÄXJÖ

**Personuppgifter**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon (dagtid)
Behov av tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> om ja, vilket språk: .....		Behov av teckenspråkstolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

**Personuppgifter medsökande** (make/maka/sammanboende)

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

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

<input type="checkbox"/> Hemtjänst i form av: .....
<input type="checkbox"/> Boendestöd i form av: .....
<input type="checkbox"/> Matdistribution
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet
<input type="checkbox"/> Kontaktperson för dig över 80 år, som inte bor på särskilt boende eller deltar i träffpunktsverksamhet
<input type="checkbox"/> Tillfällig placering / växelvård
<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för social samvaro/aktivering/miljöombyte eller som avlösning för anhörig.
<input type="checkbox"/> Annan hjälp i form av: .....

**Beskrivning**

Varför behöver Du hjälp? (Det går bra att skicka med separat bilaga för denna information)

**Bilagor som bifogas denna ansökan** (kryssa för vilka du skickar med)

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"/> Annan <input type="checkbox"/> .....

## 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 omsorgsnämnden org.nr 212000-0662. För att utöva dina rättigheter och exempelvis begära ett registerutdrag kan du vända dig till omsorgsförvaltningen genom att ringa 0470-410 00 eller skicka e-post till omsorgsnamnden@vaxjo.se.

Växjö kommun har även ett dataskyddsbud 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 Datainspektionen. Kontaktuppgifter hittar du på Datainspektionens hemsida [www.datainspektionen.se](http://www.datainspektionen.se). Hos Datainspektionen 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 ifrån.

- Vårdcentral
- Lasarett/sjukhus
- Barn-och ungdomshabiliteringen
- Barn- och ungdomspsykiatri
- Vuxenhabiliteringen
- Rättspsykiatri
- Vuxenpsykiatri

Ange mer specificerat var/vilken/vem

.....

- Utbildningsförvaltningen
- Förvaltningen Arbete och Velfärd
- Omsorgsförvaltningen
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Annan

Ange mer specificerat var/vilken/vem

.....

## Information

Konsultation kan komma att ske och ärendet kan komma att överlämnas till förvaltningen arbete och välfärd, 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 Omsorgsförvaltningen.**

## Underskrift

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

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

- God man    Förvaltare    Vårdnadshavare, ensam vårdnad    Vårdnadshavare, gemensam vårdnad    Ombud via fullmakt  
(två underskrifter)

Kontaktuppgifter till god man/förvaltare/vårdnadshavare/ombud

Namn och adress: .....

Telefon: ..... E-post: .....

**Behjälplig med ansökan:** .....  
Namn Telefon (dagtid)