



## Ansökan om insatser enligt Socialtjänstlagen – SoL

### Personuppgifter

FÖRNAMN/EFTERNAMN	PERSONNUMMER
POSTADRESS	POSTNUMMER
TELEFON/MOBILTELEFON	E-POST

### Vårdnadshavare/Legal företrädare

Har du uppdraget som god man ska du bifoga ditt registerutdrag. Registerutdrag hämtar du hos Överförmyndarnämnden.

FÖRNAMN/EFTERNAMN	TELEFON/MOBILTELEFON
POSTADRESS	E-POST
FÖRNAMN/EFTERNAMN	TELEFON/MOBILTELEFON
POSTADRESS	E-POST

### Ansökan om bistånd enligt SoL (Socialtjänstlagen)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Boendestöd     | <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet | <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna |
| <input type="checkbox"/> Sysselsättning | <input type="checkbox"/> Ledsagning              | <input type="checkbox"/> Annat                                 |

#### Endast ett alternativ kryssas i:

Du ska i samband med din ansökan bifoga ett läkarintyg för att styrka ditt behov av insats.

- Ny ansökan för dig som inte har någon insats i Vallentuna kommun.
- Ansökan om ytterligare insatser än den/de du redan har fått beviljade.

### Härmed godkänner jag att nödvändiga uppgifter för att bedöma detta ärende får inhämtas från (Du kan kryssa i fler än ett alternativ):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan  | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen |
| <input type="checkbox"/> Habiliteringen/BUP | <input type="checkbox"/> Annan kommun       |
| <input type="checkbox"/> Sjukvården         | <input type="checkbox"/> Anhörig            |

### Legal företrädare

En ansökan kan göras enbart av personen ansökan berör, alternativt en legal företrädare. Med legal företrädare avses: God man och förvaltare samt särskild förordnad vårdnadshavare enligt föräldrabalken eller ombud enligt 14 § förvaltningslagen.

### VALLENTUNA KOMMUN

TFN: 08 587 850 00

E-POST: KOMMUN@VALLENTUNA.SE

BESÖK: KONTAKTCENTER, VALLENTUNA KULTURHUS, ALLÉVÄGEN 1-3, VALLENTUNA

POSTADRESS: VALLENTUNA KOMMUN, 186 86 VALLENTUNA



Vallentuna  
kommun



## Ansökan om insatser enligt Socialtjänstlagen – SoL

### Underskrift sökande

NAMNTECKNING	DATUM
NAMNFÖRTYDLIGANDE	ORT

### Vårdnadshavare/Legal företrädare

NAMNTECKNING	DATUM
NAMNFÖRTYDLIGANDE	ORT
NAMNTECKNING	DATUM
NAMNFÖRTYDLIGANDE	ORT

*Finns det två vårdnadshavare till den sökande ska båda vårdnadshavarna ge sitt godkännande till ansökan.*

### Ansökan skickas till Vuxen- och funktionsvariationsenheten via

E-post: [kommun@vallentuna.se](mailto:kommun@vallentuna.se)

Besök: Kontaktcenter, Vallentuna Kulturhus, Allévägen 1-3, Vallentuna

Postadress: Vallentuna kommun, 186 86 Vallentuna

---

### Behandling av personuppgifter

Vallentuna kommun är personuppgiftsansvarig för behandlingen av dina personuppgifter. All skriftlig kommunikation med oss blir allmän handling och kan komma att diarieföras, lämnas ut till andra och arkiveras. Vi behandlar dina personuppgifter för att kommunicera med dig inom vår verksamhet.

Läs gärna hela vår information om behandling av personuppgifter på vår webbplats:  
[www.vallentuna.se/personuppgifter](http://www.vallentuna.se/personuppgifter).



### VALLENTUNA KOMMUN

TFN: 08 587 850 00

E-POST: [KOMMUN@VALLENTUNA.SE](mailto:KOMMUN@VALLENTUNA.SE)

BESÖK: KONTAKTCENTER, VALLENTUNA KULTURHUS, ALLÉVÄGEN 1-3, VALLENTUNA

POSTADRESS: VALLENTUNA KOMMUN, 186 86 VALLENTUNA



**Vallentuna  
kommun**