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

Äldrenämnden 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 Äldreförvaltningen i Ronneby kommun inhämtar uppgifter nödvändiga för bedömning av rätt till sökta insatser från Försäkringskassan, primärvården eller Individ- och familjeomsorgen mfl.

☐ Ja ☐ Nej

Postadress:
Äldreförvaltningen Ronneby kommun
Karlshamnsv.4 Stadshuset
372 80 Ronneby

Telefon kommunväxel:
0457 - 61 80 00

Hemsida:
www.ronneby.se

Ansökan SoL – Socialtjänstlagen 2018-05-25
Hemtjänst

Ansökan inkom _____

Fortsättning_____

Postadress:
Äldreförvaltningen Ronneby kommun
Karlshamnsv.4 Stadshuset
372 80 Ronneby

Telefon kommunväxel:
0457 - 61 80 00

Hemsida:
www.ronneby.se