

Socialförvaltningen
Funktionsstöd

Ansökningsdatum _____

Socialförvaltningens stödinsatser enligt Socialtjänstlagen för personer med funktionsnedsättning vänder sig till dig som på grund av psykisk funktionsnedsättning behöver stöd och hjälp. Personer med funktionsnedsättning, till följd av normalt åldrande, omfattas *inte* av Socialförvaltningens insatser utan hänvisas att göra en ansökan till Vård- och omsorgsförvaltningen i Ronneby kommun.

Socialförvaltningens insatser ska kompensera för de begränsningar som den psykiska funktionsnedsättningen medför. Omvårdnadsinsatser där den enskilde saknar möjligheter att vara delaktig omfattas *inte* av Socialförvaltningens insatser utan hänvisas att göra en ansökan till Vård- och omsorgsförvaltningen i Ronneby kommun.

Tänk på att...

- *Handläggningstiden påverkas av om din ansökan är komplett med aktuella intyg.*
- *Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under denna blankett.*
- *Från 15 års ålder ska du, utifrån egen förmåga, samtycka till insatsen som söks och själv skriva under denna blankett.*
- *Från 18 års ålder beskriver du dina behov och ansöker om eventuella insatser själv eller med hjälp av legal företrädare.*
- *Om vi behöver uppgifter från någon annan kommer vi först att inhämta ett samtycke från dig.*

Sökande

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Gatuadress	Postnummer
Telefon (även riktnummer)	Mobiltelefon
E-postadress	

Behov av tolk

Nej Ja
Om ja, vilket språk eller vilken typ av tolk:

Företrädare för den sökande

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt		<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt	
Förnamn och efternamn		Förnamn och efternamn	
Gatuadress		Gatuadress	
Postadress		Postadress	
Telefon	Mobiltelefon	Telefon	Mobiltelefon
E-postadress		E-postadress	

Socialförvaltningen

Funktionsstöd

Beskrivning av mina behov av stöd och hjälp

t.ex. vilka mina svårigheter är i vardagen och vilka förändringar jag vill uppnå.

Jag skickar med följande intyg med denna ansökan

Markera med kryss framför de typer av dokument som du bifogar till din ansökan

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Läkarintyg | <input type="checkbox"/> Psykologutlåtande | <input type="checkbox"/> Intyg från arbetsterapeut |
| <input type="checkbox"/> Förordnandet av legal företrädare | <input type="checkbox"/> Annat intyg eller utlåtande: | |

Hur önskar du att vi kontaktar dig?

T ex via telefon, e-post, brev eller företrädare

Socialförvaltningen
Funktionsstöd

Den sökandes underskrift

Namnsteckning	
Namnförtydligande	Datum

Vårdnadshavares underskrift (för dig som är minderårig)

Namnsteckning	Namnsteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Datum	Datum

Underskrift legal företrädare (god man, förvaltare eller ombud med fullmakt)

Namnsteckning	
Namnförtydligande	Datum

Ansökan skickas till:

Ronneby kommun
Socialförvaltningen
372 80 Ronneby

Information om behandling av personuppgifter

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