



## Ansökan om stöd vid psykisk funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen, SoL

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postadress och ort
Personnummer	Telefonnummer
E-post	

### Boende

Hur bor du? Beskriv kortfattat om du bor i fastighet med trappor, lägenhet eller hus.
Bor du ensam eller tillsammans med någon? <input type="checkbox"/> Jag bor ensam <input type="checkbox"/> Jag bor tillsammans med någon

### Uppgifter om eventuell företrädare för den sökande. *Bifoga ställföreträdarskap eller fullmakt*

God man    Förvaltare    Ombud    Framtidsfullmaktshavare    Behörig anhörig enl. föräldrabalken

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postadress och ort
Telefonnummer	E-post

### Har du behov av tolk?

Nej             Ja

Om du har behov av tolk, ange vilket språk:
---

### Vad behöver du stöd med?

Vad ansöker du om? Ange gärna hur ofta eller hur mycket stöd du behöver

Vad är det som gör att du söker det här stödet?

Beskriv kortfattat om du har några sjukdomar eller begränsningar.

Vid behov fortsätt skriv på baksidan.

Går du självständigt eller använder du hjälpmedel?

- Jag har inget gånghjälpmedel idag, men behöver ett.
- Jag går självständigt utan gånghjälpmedel.
- Jag använder gånghjälpmedel.
- Använder du några övriga hjälpmedel? Beskriv vilka? .....

Om du behöver gånghjälpmedel, kontakta vårdval Rehab.

## Medgivande att inhämta uppgifter

För att vi ska kunna hantera din ansökan kan vi ibland behöva uppgifter från andra myndigheter. Vi ber därför om ditt medgivande för att kunna hämta de uppgifter som behövs. Du kan ta tillbaka ditt medgivande när du vill

## Medgivande

Ja, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga ansökan får inhämtas från Försäkringskassan, socialtjänst, sjukvården eller andra myndigheter.

Nej, jag vill inte att ni inhämtar några uppgifter om mig eller min situation.

## Om Ja, ange vilka

För- och efternamn	Aktör
E-post	Telefonnummer

## Intyg

Bifoga läkarintyg eller andra typer av intyg som vi kan behöva som underlag för beslut. Du kan välja att inte bifoga dokument direkt. Då kommer vi att titta på din ansökan och därefter kontakta vi dig om vi behöver be om någon typ av intyg.

## Typ av intyg

Intyg från arbetsterapeut eller arbetsterapeututlåtande

Läkarintyg

Annat intyg

## Kontakt

Godkänner du att vi vid behov har kontakt med en anhörig för att få information om ditt ärende?

Ja  Nej

## Om ja, ange anhörig

Förnamn	Efternamn
E-post	Telefonnummer

## Underskrift

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Jag medger att mitt ärende med personuppgifter får registreras av kommunen för diarium, handläggning och arkivering. För mer information om hur dina uppgifter behandlas, se Mölndals stads webbplats [www.molndal.se/personuppgift](http://www.molndal.se/personuppgift).

## Jag som gör den här ansökan är

Den sökande  Förvaltare  God man  Ombud  Framtidsfullmaktshavare, bifoga fullmakt  Behörig anhörig enl. föräldrabalken.

Ort och datum
Namnunderskrift

## Jag önskar få en bekräftelse via sms när min ansökan är mottagen.

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mobilnummer
--	-------------

## Ansökan skickas till:

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Myndighet  
Torggatan 1A  
431 35 Mölndal