



## Ansökan

### Bistånd enligt Socialtjänstlagen kap 4:1 för personer med psykisk funktionsnedsättning

#### Sökande

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon	

#### God man/Förvaltare/Person med fullmakt

Namn	Telefon
Adress	Postnummer och ort

#### Ansökan gällande

- Boendestöd
- Syssetsättning
- Plats i särskilt boende
- Korttidsboende/avlastning
- Kontaktperson
- Trygghetslarm
- Matdistribution
- Varudistribution

Den sökande godkänner att utredning får göras och att information som behövs för utredningen får hämtas från

**Landstinget**

Ja  Nej

**Socialtjänsten**

Ja  Nej

**Annan**

Ja  Nej

Om JA, vem/vilka har du varit i kontakt med där aktuell information kan finnas?



### Funktionsnedsättning/hjälpbehov

Beskriv din psykiska funktionsnedsättning

Vad klarar du att göra själv?

Vad behöver du stöd och hjälp med?

### Behjälplig vid ansökan

Namn	Telefon (även riktnummer)
Adress	Postnummer och ort

### Underskrift

Ort o datum	Sökandes underskrift	<input type="checkbox"/> Den enskilde
		<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare
		<input type="checkbox"/> God man/förvaltare
		<input type="checkbox"/> Förmyndare

Ansökan skickas till:  
Luleå kommun, Socialförvaltningen  
Vuxensektionen  
Box 212, 971 07 Luleå