



Blanketten skickas eller lämnas till

Socialförvaltningen

Mottagning/utredning socialpsykiatri och missbruk

Box 834 (Besöksadress Nygatan 36)

391 28 KALMAR

Sökande

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefon	

Företrädare för den sökande (bifoga registerutdrag gällande god man/förvaltare)

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
Namn		
Adress	Postadress	
Telefon		

Jag ansöker om

<input type="checkbox"/> Boendestöd	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Annan insats
-------------------------------------	--	--	---------------------------------------

Funktionsnedsättning kort beskrivning (bifoga aktuellt läkarintyg eller psykologutlåtande)

--

Övriga upplysningar

--

Samtycke

Jag samtycker till att information rörande denna ansökan får utbytas mellan följande parter
(ex förälder, närstående eller annan viktig person)

Ja Nej

Medgivande

Jag medger att uppgifter för bedömning av denna ansökan vid behov får inhämtas från
Försäkringskassan, Landstinget, Socialtjänst, Omsorgsförvaltningen, Arbetsförmedling,
Barn- och ungdomsförvaltningen och Överförmyndarnämnden (bifoga kopia på registerutdrag om
ställföreträdarskap).

Ja Nej

Sökandes underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Legal ställföreträdares underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR). Vill du veta mer om
hur vi behandlar dina personuppgifter läs på www.kalmar.se/integritetspolicy