

Blanketten fylls i och skickas till:
Ragunda kommun, Biståndsenheten, Vård och Omsorg/SoL
Box 150
844 21 Hammarstrand

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
--------------------	--------------

Namn medsökande

Namn	Personnummer
------	--------------

Adress	Telefon
--------	---------

Vårdnadshavare/God man/förvaltare

För- och efternamn	Telefon arbete
--------------------	----------------

Telefon bostad	Mobiltelefon
----------------	--------------

Vårdnadshavare/God man/förvaltare får kontaktas

Ja

Nej

Ansökan avser

Hjälp i hemmet

Ledsagarservice

Boendestöd

Korttidsplats

Dagverksamhet

Anhörigbidrag

Matservice

Trygghetslarm

Orsak till ansökan

--

Du som söker godkänner att utredning får göras samt att de uppgifter som behövs som underlag för beslutet får inhämtas från sjukvården, Försäkringskassa samt andra myndigheter, anhöriga, etc.

Ja

Nej

Sökandes eller företrädares underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Dina personuppgifter hanteras enligt dataskyddsförordningen (GDPR). För att läsa mer om hur Ragunda kommun hanterar personuppgifter besök www.ragunda.se/gdpr.

Stöd- och omsorgsavdelningen