



ANSÖKAN PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Individ- och familjeomsorgen i Haparanda

DEN SÖKANDE

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	Mobilnummer
<input type="checkbox"/> Ensamboende	<input type="checkbox"/> Sammanboende

ANSÖKER OM:

- Boendestöd Kontaktperson
 Dagligverksamhet

SAMTYCKE/MEDGIVANDE

För att få fram ett beslutsunderlag som gör det möjligt att besluta med anledning av Er ansökan

Härmed medger jag att viktiga och nödvändiga uppgifter för bedömning av mitt ärende får inhämtas från Försäkringskassan, Sjukvård, Socialtjänst eller annan _____.

Medgivande lämnas för ovannämnda kontakter: Ja Nej

Beskriv den sökandes behov av hjälp

Beskriv hur vardagen fungerar (t.ex. förflyttning, personlig hygien m.m)

Den sökande intygar genom sin underskrift om sin delaktighet i ansökan och därmed samtycker till att handläggare inleder utredning gällande sökt insats, behov och medgivande som är kopplade till denna ansökan.

Datum

Sökandes underskrift

Postadress
Haparanda Stad
Socialförvaltningen
953 85 Haparanda

Besöksadress
Torget 9
Haparanda

Telefon
0922-26 000

Fax 0922-146 89



Haparanda
stad

ANSÖKAN PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Individ- och familjeomsorgen i Haparanda

Dina personuppgifter behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen (GDPR) som är en ny lag som trädde i kraft den 25 maj 2018. Den är EU-gemensam och ersätter den tidigare personuppgiftslagen (PUL). Syftet med lagen är att skydda varje enskild individs integritet och stärka individens rättigheter vid behandling av personuppgifter. Uppgifter registreras i vårt datasystem och används för hantering av din ansökan. Du har rätt att ta del av de uppgifter som registreras om dig.

Postadress
Haparanda Stad
Socialförvaltningen
953 85 Haparanda

Besöksadress
Torget 9
Haparanda

Telefon
0922-26 000

Fax 0922-146 89

Senast uppdaterad 2020-02-21