

Sökandens namn		Personnummer
Make/maka/sambo/reg. partnerskap	Medsökande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Personnummer
Bostadsadress		Telefonnummer
Postnummer och ort		
Närmast anhörig	Släktskap	Telefonnummer
E-post		

**Ansökan är initierad av:**

den sökande   
  anhörig   
  god man   
  annan .....

**Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL), jag söker:**

<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Ledsagning	<input type="checkbox"/> Matleverans
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> Resursplats/växelvård
<input type="checkbox"/> Annat .....		
<b><u>Särskilt boende:</u></b>		
<input type="checkbox"/> Äldreboende		
<b>Ange skäl till varför du söker bistånd/hjälp</b>		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

**Fortsättning på baksidan!**

## Önskemål om särskilt boende

Vid beslut om äldreboende är önskemålet:

- Klövedals äldreboende
- Lilldals äldreboende
- Rönnängs äldreboende
- Tubberödshus äldreboende
- Saknar betydelse

Om behovet är äldreboende med demensinriktning erbjuds plats på Valåsens äldreboende.

## Samtycke

Härmed samtycker jag till att de uppgifter som krävs för bedömningen av detta ärende får inhämtas från:

- sjukvården       socialtjänsten       närstående
- annan .....

Jag är införstådd att mina personuppgifter registreras hos kommunen och behandlas enligt bestämmelserna i personuppgiftslagen (PUL). Alla uppgifter är sekretesskyddade!  
Har du frågor kring hanteringen, ställ dessa via formuläret "Fråga och tyck" på [www.tjorn.se](http://www.tjorn.se).

## Underskrift sökande

Datum	Sökandes namnteckning
Ort	Namnförtydligande
Behjälplig vid ansökan har varit	Telefonnummer

**Ansökan skickas till:** Tjörns kommun  
Socialförvaltningen  
Biståndsenheten  
471 80 Skärhamn

## Har du frågor, kontakta oss gärna:

Telefon: 0304-60 18 99

E-post: [bistandsenheten@tjorn.se](mailto:bistandsenheten@tjorn.se)