

Efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	Telefon
Postnummer och ort	E-post

**Beskriv vad du behöver stöd med**

------------------

**Beskriv din funktionsnedsättning och hur den påverkar din vardag**

------------------

**Har du insatser från annan myndighet eller annan del av socialtjänsten?**Ja  Nej **Om ja, vilken insats:**

------------------

**Annat språk än svenska**Behov av tolk: Ja  Nej 

Språk:

------

**Har någon hjälpt dig med ansökan? Om ja, fyll i uppgifterna nedan.**

<input type="radio"/> Ja, god man/förvaltare	<input type="radio"/> Ja, annan	<input type="radio"/>
Namnteckning	Namnförtydligande	
Utdelningsadress	Postnummer och postort	
E-post	Telefon	

## Godkänner du att vi kontaktar/hämtar uppgifter om dig från andra?

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva kontakta/hämta uppgifter från andra. Kryssa i vilka du godkänner att vi hämtar uppgifter ifrån;

- Anhöriga
- Försäkringskassan, sjukvården, övrig socialtjänst
- Handläggare i din hemkommun (om du bor i annan kommun än Sundsvall)

## Underskrift

Namnsteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	

### Blanketten skickas till:

Sundsvalls kommun  
Individ-och arbetsmarknads-  
förvaltningen  
Vuxenstöd, socialpsykiatri  
851 85 Sundsvall

Telefonnummer: 060-19 26 60  
Telefontider: mån, ons, fre 13.00-14.00

**Information om behandling av personuppgifter** I samband med att du lämnar in ansökan om insats/er kommer dina personuppgifter att behandlas i enlighet med dataskyddförordningen (GDPR). Ändamålet med behandlingen av personuppgifterna är att kunna handlägga din ansökan och fullgöra lagstadgade uppgifter.

För kontaktuppgifter och mer information om hur Sundsvalls kommun behandlar personuppgifter se [www.sundsvall.se/personuppgifter](http://www.sundsvall.se/personuppgifter).