

**Personuppgifter**

Sökandes efternamn och förnamn	Sökandes personnummer
Telefon	E-post
Adress, postnummer och ort	

**Beskrivning**

De här problemen har jag i vardagen:

Det här behöver jag hjälp och stöd med:

**De här insatserna ansöker jag om (sätt kryss i rutan vid den/de insatser du ansöker om)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Boendestöd   | <input type="checkbox"/> Dagverksamhet |
| <input type="checkbox"/> Särskilt boende för dig med psykisk funktionsnedsättning | <input type="checkbox"/> Kontaktperson |

Uppgifterna i denna blankett kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i den allmänna dataskyddsförordningen (Europaparlamentets och rådets förordning nr. 2016/679).

För mer information om behandlingen av personuppgifter och dina rättigheter som registrerad, vänligen besök kommunens hemsida, [www.bjuv.se/personuppgifter](http://www.bjuv.se/personuppgifter). Du kan även besöka Datainspektionens hemsida, [www.datainspektionen.se](http://www.datainspektionen.se), för ytterligare information om personuppgiftsbehandling.

Genom din signatur medger du att du har tagit del av ovanstående information avseende behandlingen av dina personuppgifter av vård- och omsorgsnämnden i Bjuvs kommun.

### Bifogade handlingar

<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> God man-intyg	<input type="checkbox"/> Annat
-------------------------------------	--	--------------------------------

### Samtycke

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter. För detta behövs din tillåtelse. Jag tillåter att ni får hämta upplysningar om mig hos:

Försäkringskassan  Ja  Nej

Sjukvården  Ja  Nej

Socialtjänsten  Ja  Nej

Annan kommun  Ja  Nej

Annan \_\_\_\_\_

### Medhjälpare

Jag har fått hjälp med ansökan av:

God man  Förvaltare  Anhörig  Annan

Namn  Telefon (även riktnummer)

Adress, postnummer och ort

### Underskrift

Jag som gör den här ansökan är:

Den sökande  Förvaltare  God man  Vårdnadshavare

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

**OBS! Om ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under!**

### Ansökan skickas till:

Bjuvs kommun  
Socialsekreterare 📧  
Box 501  
267 25 BJUV

Kontakta socialsekreterare:  
telefon 042- 458 50 00  
fax 042-458 51 56  
e-post: info@bjuv.se