



Ansökan om bistånd hos Vuxenavdelningen

Ansökan avser

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postadress	Mobilnummer

Innehållet i ansökan

Övriga uppgifter

Medgivande

Jag godkänner att uppgifter för bedömningen av detta ärende vid behov får inhämtas och utbytas från;

- ☐ Familjerätten
- ☐ Omvårdnadsförvaltningen
- ☐ Beroendemottagningen
- ☐ Psykiatri
- ☐ Kriminalvården/Frivården
- ☐ Polisen
- ☐ Försäkringskassan
- ☐ Arbetsförmedlingen
- ☐ Sjukvården
- ☐ Socialförvaltning i annan kommun
- ☐ Anhöriga; ange: -
- ☐ Övrigt; ange:

Detta medgivande gäller under 1 år. Jag har rätt att ta tillbaka detta medgivande när jag så önskar. Om du ej önskar ge ditt medgivande lämnas boxarna tomma.

Ort och datum	Ort och datum
Sökandens underskrift	God mans/förvaltares underskrift

De personuppgifter som du lämnar till Socialnämnden, 171 86 Solna, 08-746 10 00, socialforvaltningen@solna.se på denna blankett kommer vi att använda för att behandla din ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen.

Vi kommer i förekommande fall att inhämta och behandla personuppgifter från andra myndigheter för att kunna handlägga ditt ärende och dina uppgifter kan också komma att lämnas till andra myndigheter.

Om du önskar få information om vilka personuppgifter om dig som socialnämnden behandlar eller om du önskar rättelse av personuppgifter hos socialnämnden är du välkommen att skicka en skriftlig begäran till Solna stad, Socialnämnden, 171 86 Solna.