



Motala kommun

Information enligt dataskyddsförordningen (GDPR)

Uppgifterna som du lämnar på denna blankett kommer att användas av den personuppgiftsansvarige som är Socialnämnden för Motala kommun. Motala kommun, 591 86 Motala (tel. 0141-22 50 00).

Socialnämnden behandlar personuppgifterna i enlighet med Dataskyddsförordningens art. 6.1 e vars betydelse är att handlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning. Personuppgifterna som lämnas används för administration och andra åtgärder som behövs för att handlägga ditt ärende. Uppgifter som inte omfattas av sekretessbestämmelser kan komma att lämnas ut enligt offentlighetsprincipen.

Du har rätt att få information om vilken information som finns registrerad om dig. Socialnämnden är också skyldig att snarast rätta felaktiga, ofullständiga eller missvisande uppgifter.

Kommunens dataskyddsombud nås på 0141-22 50 00 eller motala.kommun@motala.se
Vill du klaga på vår personuppgiftsbehandling kan du vända dig till tillsynsmyndigheten – [Datainspektionen](#).

Mer information om hur Motala kommun behandlar dina personuppgifter kan du läsa på motala.se

Postadress

591 86 Motala

Besöksadress

Drottninggatan 2

Telefon vxl

0141-22 50 00

Webbplats

motala.se/kommun

e-postadress

socialnamnden@motala.se



Motala kommun

Socialförvaltningen
Socialkontoret

Ansökan enligt socialtjänstlagen - vuxna och äldre

Sida 1 (1)

För att ansöka om bistånd enligt socialtjänstlagen fyller du i den här blanketten. Ansökan är personlig och ska skrivas under av den person som söker. Ansökan ska vara komplett ifylld när den skickas till socialkontoret.

Om du vill ansöka om hjälpmedel i hemmet, kontakta hemsjukvården i Motala kommun. Behöver du hjälp med medicinska insatser vänder du dig i första hand till din fasta vårdkontakt – vårdcentral.

Den här ansökan gäller **inte** för ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd).

Personuppgifterna dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Personuppgifter sökande

Efternamn, tilltalsnamn		Personnummer
Adress	Postnr	Ort
E-post	Telefon	Mobiltelefon
Minoritetsspråk (du har rätt att begära äldreomsorg på ditt språk och att upprätthålla din kulturella identitet inom äldreomsorgen om du talar ett av dessa)		
<input type="checkbox"/> Finska	<input type="checkbox"/> Jiddisch	<input type="checkbox"/> Romani chib
<input type="checkbox"/> Samiska	<input type="checkbox"/> Meänkieli	
Annat språk	Behov av tolk	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
God man/förvaltare/ombud		
E-post	Telefon	Mobiltelefon

Samtycke

Jag samtycker till att kontakt får tas med följande personer för inhämtande av information som kan vara relevant för utredningen (ex. anhörig, sjukvårdskontakt)

Namn	Relation till den sökande	
E-post	Telefon	Mobiltelefon
Namn	Relation till den sökande	
E-post	Telefon	Mobiltelefon
Namn	Relation till den sökande	
E-post	Telefon	Mobiltelefon

Vem ska kontaktas av socialkontoret?

<input type="checkbox"/> Sökande	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud
<input type="checkbox"/> Närstående, relation:		<input type="checkbox"/> Annan person, fyll i kontaktuppgifter nedan	
Namn			
Adress	Postnr	Ort	
E-post	Telefon	Mobiltelefon	

Jag söker med anledning av

<input type="checkbox"/> Missbruk-/beroendeproblematik	<input type="checkbox"/> Psyisk ohälsa	<input type="checkbox"/> Våld i nära relation
<input type="checkbox"/> Kognitiv funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Neuropsykiatrisk/psykiatrisk funktionsnedsättning	
<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Trygghetslarm	<input type="checkbox"/> Särskilt boende
		<input type="checkbox"/> Dagverksamhet - demensinriktning

Anledning till ansökan**Detta vill jag uppnå med insatsen (mål)****Handlingar som bifogas ansökan**

<input type="checkbox"/> Fullmakt	<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> Annat
-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Sökandes underskrift

Namnteckning	
Namnförtydligande	Ort, datum

Ansökan skickas till:

Socialkontoret
591 86 Motala