



**ANSÖKAN OM BISTÅND ENLIGT  
SOCIALTJÄNSTLAGEN, 4 KAP 1 §**

1 (2)

Namn	Personnummer
Adress	
Postadress	Telefonnummer

<b>Närstående:</b>	<b>Telefonnummer:</b>

<b>Ansökan avser:</b>	
Hemtjänst Särskilt boende för äldre Särskilt boende för dementa Dagvård Dagvård demens Korttidsboende Trygghetslarm Matleverans Annat bistånd, ange vad:	<b>Socialpsykiatri:</b>  Boendestöd Dagverksamhet Ledsagning Kontaktperson Annat bistånd, ange vad:

<b>Medicinsk diagnos:</b>



Anledning till ansökan:

--

Övriga upplysningar får hämtas hos:

--

<p>Ort och datum:</p>	<p>Sökandes underskrift:</p> <p>Ev. uppgiftslämnarens underskrift:</p>
-----------------------	--

Ansökan insändes till:

Vingåkers kommun  
Socialförvaltningen  
643 80 Vingåker