



OSBY
KOMMUN

ANSÖKAN OM INSATS SOCIALPSYKIATRI

1. Personuppgifter

Förnamn och efternamn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

2. Vem gäller ansökan?

☐ Jag ansöker för mig själv

☐ Jag ansöker för någon annan

Om du ansöker för dig själv:

Närstående/kontaktperson

Namn: _____

Relation: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

Om du ansöker för någon annan:

Jag som ansöker är:

☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Ombud med fullmakt ☐ Annan företrädare

Viktigt! Bifoga handling som styrker behörighet.

☐ Handling bifogas som styrker min behörighet att ansöka för någon annan.

3. Vilken eller vilka insatser ansöker du om?

- ☐ Boendestöd
- ☐ Sysselsättning
- ☐ Kontaktperson
- ☐ Boende med särskild service
- ☐ Vill först rådgöra med en handläggare angående lämplig insats innan ansökan om specifik insats

4. Övrigt information

Övrig information som jag vill lämna med min ansökan

5. Medgivande

I samband med ansökan om insatser har handläggaren nära samarbete med kommunens psykiatrisjuksköterska och arbetsterapeut för att du ska få det stöd och råd du behöver utifrån din situation. För att möjliggöra samarbetet behövs ditt medgivande.

Handläggare kan även behöva komplettera ansökan med uppgifter från Hälso- och sjukvården, kommunen eller motsvarande för att kunna göra en bedömning om insatser enligt 11 kap. 1§ Socialtjänstlagen.

Jag ger mitt medgivande till att kontakt tas med:

☐ Hälso- och sjukvården ☐ Anhörig ☐ Annan myndighet ☐ Kommunal hemsjukvård
psykiatrisjuksköterska ☐ Kommunal hemsjukvård arbetsterapeut ☐ Inget samtycke

☐ Begränsningar i medgivande

Jag vill begränsa delar av ovanstående medgivande

6. Kontakta mig

Jag vill att ni kontaktar mig via:

☐ Telefonsamtal ☐ Sms ☐ E-post ☐ Via angiven närstående

7. Underskrift

Ort och datum: _____

Sökandes underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Underskrift om ansökan görs av God man/Förvaltare/Ombud med fullmakt.

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Relation/uppdrag: _____

Kontaktuppgifter: _____

Bilagor

☐ Fullmakt ☐ Beslut om god man/förvaltare ☐ Medicinskt underlag/intyg ☐ Annan bilaga

Kontakt handläggare

Telefon: 0479-528 406

Personuppgiftsbehandling (GDPR)

Osby kommun behandlar dina personuppgifter för att handlägga och administrera din ansökan. Uppgifterna behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på Osby kommuns webbplats.

Skicka in ansökan

Din ansökan kan lämnas i Kontaktcenter eller skickas till:

Socialpsykiatrihandläggare

Osby kommun

283 80 Osby