



**Ansökan skickas till:**  
Omsorgsförvaltningen  
Box 848  
391 28 KALMAR

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Tel inkl riktnummer	

**Ansöker om**

--

**Beskriv din sociala situation (exempelvis bostad, familj, nätverk)**

--

**Beskriv din hälsosituation**

--

<b>Postadress</b> Box 848 391 28 Kalmar	<b>Besöksadress</b> Torsåsgatan 1 B	<b>Telefon</b> 0480-45 00 00	<b>Telefax</b> 0480-45 35 25	<b>E-post</b> omsorg@kalmar.se
---	--	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Beskriv de svårigheter du har i din vardag

Behov av tolk

Ja Ange språk

Medgivande att inhämta uppgifter

Nedan ger jag mitt medgivande till att inhämta nödvändiga uppgifter från andra myndigheter och vårdgivare som krävs för att utreda och säkerställa biståndsbeslutet.

Ja  Nej

Sökande är

Personen själv  God man/förvaltare  Ombud med skriftlig fullmakt

Kontaktuppgifter för god man/förvaltare/ombud

Namn	Adress	Tel inkl riktnummer
Datum	Sökandes underskrift	

	Datum	Sign
Ansökan mottagen		
Kontakt med sökande		

De uppgifter du lämnar kommer att registreras i omsorgsnämndens dataregister. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PUL).