



Skickas till:  
Hallsbergs kommun  
Socialförvaltningen  
Biståndshandläggare, psykiatri  
694 80 Hallsberg

### Personuppgifter

Namn	Personnummer	
Gatuadress	E-postadress	
Postnummer och ort	Telefonnummer dagtid	Telefonnummer kvällstid

### Ansökan avser:

<input type="checkbox"/> Boendestöd / Personligt utformat stöd	<input type="checkbox"/> Kontaktperson SoL
<input type="checkbox"/> Daglig sysselsättning	<input type="checkbox"/> Övrig SoL insats

### Sökande är:

<input type="checkbox"/> Den enskilde	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
---------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

### Behjälplig vid upprättandet

Ort och datum den	Utdelningsadress
Namnteckning	Postnummer och Postort
Namnförtydligande	Telefon

### Underskrift

Ort och datum den	Namnteckning
Jag medger att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten.	Namnförtydligande