



Älvkarleby
kommun

**Hakemus SoL:n (sociaalipalvelulain)
mukaisesta avusta
Ansökan om bistånd enligt SoL**

Hakija/Sökande

Henkilötunnus/Personnummer		Nimi/Namn	
Katuosoite/Gatuadress		Postiosoite/Postadress	Raput Hissi
Puhelin, kotiin /Telefon hem	Puhelin, muu/Telefon övrigt	Sähköpostiosoite/E-postadress	

Aviopuoliso/avopuoliso/Make/maka/sambo

Henkilötunnus/Personnummer	Nimi/Namn
----------------------------	-----------

Asuu yhdessä/Sammanbor Kyllä/Ja Ei/Nej Huom. (esim. erityisasuminen)
Anm. (tex särskilt boende)

Lähiomainen/Närstående

Nimi/Namn		Suhde/Relation
Puhelin, kotiin/Telefon hem	Puhelin, muu/Telefon övrigt	Sähköpostiosoite/E-postadress

Onko sinulla tämänhetkistä päätöstä tukitoimista/
Har du ett pågående beslut om insats/insatser Ja Nej

En jätä tulotietojani ja maksan näin voimassa olevan enimmäistaksan/
 Jag väljer att inte lämna inkomstuppgifter och betalar därmed gällande maxtaxa.

Hakemus koskee/Ansökan gäller

Kotiapua/Hjälp i hemmet Turvahälytintä/Trygghetslarm Erityisasumista/Särskilt boende
 Lyhytaikaisoleskelua/Korttidsvistelse Päivätoimintaa/Dagverksamhet
 Lomitusta/Avlastning Muuta/Annat

Kuvaus haetun tukitoimen tarpeestasi/Beskrivning av ditt/dina behov av sökt insats/insatser

--

Suostumus/Samtycke

Minä/me suostumme, että hakemuksen yhteydessä luovutetut tiedot voidaan luovuttaa tukitoimia täytäntöön paneville asianomaisille ja että arviointia varten tarvittavaa tietoa voidaan hankkia esim. terveydenhuollosta, Vakuutuskassasta ja sosiaalitoimesta.

Ja Nej

Vakuutus ja allekirjoitus/Försäkran och underskrift

Suostun siihen, että asian käsittelyn kannalta tarpeelliset tiedot käsitellään henkilötietolain (PUL) mukaisesti sosiaalihallinnon henkilöstökisterissä.

Paikka ja päivämäärä/Ort och datum	Hakijan allekirjoitus/Sökandes underskrift
------------------------------------	--

Lähetetään osoitteeseen/Skickas till:

Älvkarleby kommun, Individ- och familjeomsorgen, Box 143, 814 21 SKUTSKÄR