

Vem är du som gör denna begäran?(År du 15 år eller äldre har du rätt att själv begära insatser)

Den begäran avser	God man	Förvaltare	Vårdnadshavare
Namn		Namn	
Adress		Adress	
Telefon		Telefon	
E-post		E-post	

Om du har läkarintyg, psykologutredning, funktionsbedömning, utredning från Försäkringskassan eller liknande handlingar skicka då gärna med en kopia av dessa med denna begäran.

Bifogar bilaga

Godkänner du att vi hämtar uppgifter om dig från andra? (Samtycke)

För att vi ska kunna behandla din begäran kan vi behöva hämta uppgifter från andra instanser. Kryssa i vilka instanser du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

Försäkringskassa

Övrig socialtjänst

Arbetsförmedlingen

Skola

Sjukvården

Barnomsorg

Habiliteringen

Underskrift

.....
Sökandens underskrift

.....
Sökandens underskrift

Om vårdnadshavare med gemensam vårdnad begär insatser för minderårigt barn ska begäran vara underskriven av båda vårdnadshavarna.

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som du lämnar på denna blankett kommer att registreras i vårt datasystem och användas för hanteringen av din ansökan.

Begäran skickas till:

Socialförvaltningen
Avdelningen för äldre och funktionsnedsatta
Box 356
581 03 Linköping

Besöksadress: Barnhemsgatan 2, Linköping Postadress: Linköpings kommun, Socialförvaltningen, Box 356, 581 03 Linköping
Växel: 013 - 20 60 00 Fax: 013-20 70 25 E-postadress: socialforvaltningen@linkoping.se

LK 2509 utg 3 (februari 2018)