



Malmö stad

Ankomstdatum till FSF Myndighet
Funktionsstödsförvaltningens egen anteckning.

Funktionsstödsförvaltningen malmo.se/fsf

Ansökan om insats enligt lagen socialtjänstlagen, SoL

Uppgifter om dig som ansökan gäller

För- och efternamn

Personnummer

Postadress (gata, box etcetera)

Postnummer och ort

Telefonnummer

E-postadress

Kontaktuppgifter till annan person som du vill att vi ska kontakta om din ansökan (frivilligt)

Den jag vill att ni ska kontakta är:

Anhörig/Vårdnadshavare

God man/ förvaltare

Ombud enligt fullmakt

Annan

Den personens kontaktuppgifter

För- och efternamn

Personnummer

Postadress (gata, box etcetera)

Postnummer och ort

Telefonnummer

E-postadress

Beskriv din funktionsnedsättning och ditt behov av stöd (max 500 tecken)

Samtycke för utbyte av information

- Ja, jag samtycker till att biståndshandläggaren får ta del och lämna information som är nödvändig för att handlägga min ansökan.

Du kan komplettera ditt samtycke med ett särskilt dokument som du skickar med ansökan.

Du kan ta tillbaka ditt samtycke genom att kontakta din biståndshandläggare.

Namn på den person som du samtycker till att vi utbyter information med

- Personal på arbetsmarknad- och socialförvaltningen (ASF) i Malmö stad.
- Personal på hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen (HVOF) i Malmö stad.
- Vårdpersonal inom psykiatri.
- Vårdpersonal på vårdcentral. Skriv också namnet på vårdcentralen.
- Pedagog eller lärare inom förskola eller skola. Skriv också namnet på skolan.
- Försäkringskassan. Skriv också namnet på personen på Försäkringskassan.
- Annan person, till exempel handläggare hos arbetsförmedlingen. Skriv också var personen arbetar.

Behov av tolk

- Ja, jag behöver språktolk. Skriv vilket språk du behöver tolk för.
- Ja, jag behöver teckenspråkstolk. Skriv vilken typ av teckenspråk du behöver tolk för.

Din underskrift

Alternativt underskrift av god man, förvaltare, fullmaktshavare eller vårdnadshavare 1.

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna som lämnas i ansökan och handlingarna som skickas med ansökan är riktiga och fullständiga.

Datum

Namn tydligt textat

Underskrift

Underskrift vårdnadshavare 2. Behövs om ansökan gäller barn där vårdnadshavare har gemensam/delad vårdnad.

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna som lämnas i ansökan och handlingarna som skickas med ansökan är riktiga och fullständiga.

Datum

Namn tydligt textat

Underskrift

Skickar med i ansökan

- Kopia av medicinskt intyg om min funktionsnedsättning.
- Registerutdrag eller fullmakt om ansökan skickas in av god man, förvaltare eller fullmaktshavare.
- Särskilt dokument för samtycke till inhämtning av information.
Observera att det räcker att du har gett ditt samtycke genom kryssrutan vid under rubriken: Samtycke till inhämtning av information.

Har du tidigare skickat in intyg, registerutdrag eller fullmakt till funktionsstödsförvaltningen behöver du inte skicka in det igen.

Skicka in ansökan

Skicka ifylld ansökan och bilagor till:

Malmö stad

Funktionsstödsförvaltningen

Myndighet, socialpsykiatri och barn

Fänriksgatan 1

205 80 Malmö

Information om dataskyddsförordningen

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen GDPR. När du skriver under ansökan godkänner du att din information får lagras och bearbetas i register. Du har rätt att begära utdrag och rättelser och att säga upp ditt samtycke.