



Hakemus – Sosiaalipalvelulaki (SoL) Ansökan - Socialtjänstlagen (SoL)

Päiväys: _____

Kysyttävää?

Gävle kommun
Välfärd Gävle
Puhelin: 026-17 80 00
gavle.kommun@gavle.se

Lähetetään osoitteeseen:

Gävle kommun
Välfärd Gävle
Box 825
801 30 Gävle

Vastaava lautakunta hoivalautakunta (Omvårdnadsnämnden).

Hakijan tiedot

Etu- ja sukunimet		Henkilönumero
Katuosoite		Puhelinnumero
Postinumero	Paikkakunta	
Sähköpostiosoite	Tulkin tarve Kyllä Ei	Jos kyllä, ilmoita kieli

Omaista koskevat tiedot

Etu- ja sukunimet	Henkilönumero
Suhde hakijaan	
Etu- ja sukunimet	Henkilönumero
Suhde hakijaan	

Hakemus Koskee

Kuvaile lyhyesti hoivan tarpeesi tai se, mihin tarvitset apua

Suostumus

Voimme tehtävässä selvityksessä joutua ottamaan yhteyden toisiin viranomaisiin (esimerkiksi terveyden- ja sairaanhoitoon, Vakuutus Kassaan, sosiaalipalveluun) tarpeellisten tietojen noutamiseksi. Tämän tekemiseksi tarvitsemme sinun tai asiamiehesi suostumuksen.

Kyllä, annan suostumukseni

Ei, en anna suostumustani

Underskrift (Jos hakemus koskee lasta, ja vanhemmilla on yhteishuoltajuus, molempien tulee allekirjoittaa hakemus)

Päiväys ja allekirjoitus (Hakija, asiamies tai huoltaja)	Asiamiehen suhde hakijaan (esim. edunvalvoja, uskottu mies tai huoltaja)
Päiväys ja allekirjoitus (Hakija, asiamies tai huoltaja)	Asiamiehen suhde hakijaan (esim. edunvalvoja, uskottu mies tai huoltaja)

Tietoja asiamiehestä/huoltajasta

Etu- ja sukunimet		Henkilönumero
Katuosoite		Matkapuhelimen numero
Postinumero	Paikkakunta	
Sähköpostiosoite		

Gävlen kunta käsittelee luovuttamiasi henkilötietoja EU:n tietosuojasetuksen mukaisesti. Voit käyttää lain mukaisia oikeuksiasi tietojesi käsittelyyn liittyen osoitteessa www.gavle.se/dataskydd. Jos sinulla on kysyttävää, lähetä viesti osoitteeseen dataskyddsbud@gavle.se tai soita 026-178000, ja pyydä saada puhua tietosuojavaltuutetun kanssa.