

# Familjer med barn upp till 18 år, ansökan om stöd och hjälp

Detta dokument ska skickas in per post till Socialtjänsten:

Socialtjänsten  
Umeå kommun  
Box 3045  
903 02 Umeå

## 1) Sökande

Behjälplig, ansöker/anmäler åt någon annan

*Du har uppgett att du är behjälplig med ansökan. Frågorna i ansökan är formulerade till den ansökan gäller.*

Uppgifter om den ansökan gäller

**Vem är du som gör ansökan?**

Vänligen ange endast ett alternativ.

☐ Barn

☐ Vårdnadshavare

Personuppgift barn

*Fyll i de personuppgifter du känner till. De uppgifter som är obligatoriska är markerade med \* (asterisk).*

Personnummer eller födelsedatum

Ange enbart med siffror.

Förnamn

Efternamn

## Personuppgift vårdnadshavare

Fyll i de personuppgifter du känner till. De uppgifter som är obligatoriska är markerade med \* (asterisk).

Personnummer eller födelsedatum

Ange enbart med siffror. Om personnummer eller födelsedatum inte kan anges, lämna svarsfältet tomt.

Förnamn, vårdnadshavare

Efternamn, vårdnadshavare

Telefon till den sökande

Gäller ansökan fler barn?

☐ Ja

☐ Nej

### Personuppgifter på de barn som ansökan gäller

Personnummer eller  
födelsedatum

Förnamn

Efternamn

| Personuppgifter på de barn som ansökan gäller |         |           |
|-----------------------------------------------|---------|-----------|
| Personnummer eller<br>födelsedatum            | Förnamn | Efternamn |
|                                               |         |           |
|                                               |         |           |
|                                               |         |           |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

**Finns ytterligare en vårdnadshavare?**

☐ Ja

☐ Nej

## 2) Ansökan

**Avser ansökan stöd/insats kopplat till funktionshinder/-variation hos barnet?**

☐ Ja

☐ Nej

**Beskriv vad du eller din familj behöver hjälp med**

**Är det något särskilt socialtjänsten behöver tänka på i kontakten med dig och din familj?**

### Finns behov av tolk?

☐ Ja

☐ Nej

I vilket språk behövs tolk?

## Samtycke

### Jag lämnar mitt samtycke till att handläggaren får inhämta relevanta uppgifter från

Vänligen bocka i ett eller flera alternativ.

☐ Försäkringskassan

☐ min hälsocentral/vald primärvård

☐ klinik/avdelning Region Västerbotten

☐ annan

### Kontaktperson, Försäkringskassan

Namn

Telefon

Mejl

### Kontaktperson, hälsocentral/vald primärvård

Namn

**Telefon**

**Mejl**

Kontaktperson, klinik/avdelning Region Västerbotten

**Namn**

**Telefon**

**Mejl**

Kontaktperson, annan

**Namn**

**Telefon**

Mejl

## Försäkran

### Jag försäkrar

☐ på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela handläggare på socialtjänsten. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela handläggare när uppgifterna jag lämnat förändras.

## Så behandlar vi dina personuppgifter

Vi behöver spara och behandla dina ifyllda personuppgifter. Vi efterfrågar bara de personuppgifter som krävs för att vi ska kunna behandla ditt ärende. Om du inte lämnar efterfrågade uppgifter kommer vi inte att kunna hantera ditt ärende. Vi tillämpar gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Vi kan komma att dela dina personuppgifter med en tredje part, förutsatt att vi är skyldiga enligt lag, till exempel enligt offentlighetsprincipen.

Läs mer om dina rättigheter, syftet med behandlingen, rättslig grund och vem som är personuppgiftsansvarig för dina uppgifter.

Behandling av personuppgifter, stöd och omsorg  
[www.umea.se/personuppgiftsbehandlingso](http://www.umea.se/personuppgiftsbehandlingso)

## Sökande

Personnummer

Namn

## Kontaktuppgifter

Kontaktuppgifter till dig som skickar in blanketten

Ange gärna telefonnummer och adress till din bostad.

# Underskrift

Underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande