

**BEDÖMNING AV STÖDBEHOV GÄLLANDE SOCIALVÅRD
 (3 § i socialvårdslagen)**

Datum: Ärendet gäller: Social- och familjetjänster Äldreomsorg Handikappservice

Personens namn	Personbeteckning
Adress	Telefonnummer

Personens minderåriga barn (namn och ålder)

Är personen deras vårdnadshavare?

Bor barnen i samma hushåll med personen, eller hur träffar personen sina barn?

Orsak till kontakten: vad har hänt, varför har personen behov av socialvård och vad har redan gjorts (stöd som givits, nuvarande och tidigare tjänster, kontakter osv.)

Har personen gett sitt samtycke till kontakt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är personen medveten om kontakten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
---	--

Tilläggsuppgifter:

Personens underskrift (om möjligt):

Kontakt togs av: underskrift och namnförtydligande	Tjänsteställning/yrkesbeteckning och verksamhetsställe
Kontaktuppgifter (adress)	Telefonnummer

13.2.2019 J:\sochv\Blanketter\Socialomsorg\Bedömning av stödbehovet, vuxen.docx