Emmaboda kommun
Socialförvaltningen

ANSÖKAN OM BISTÅND ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN

ANSÖKAN AVSER

Förnamn och efternamn		Personnummer
Adress		Telefon
Postnummer	Postadress	Telefon dagtid

JAG ANSÖKER OM

Beskriv med egna ord vad du vill ansöka om:

ANLEDNING TILL ANSÖKAN

Gör en kort beskrivning av din funktionsnedsättning och ditt behov av stöd:

Emmaboda kommun
Socialförvaltningen

ANSÖKAN OM BISTÅND ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN

GDPR

Emmaboda kommun behandlar personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen.
Läs mer på: www.emmaboda.se/GDPR

UNDERSKRIFT

Jag har tagit del av informationen ovan och medger att nödvändiga uppgifter

Får inhämtas ☐ Inte får inhämtas ☐

_____ _____
Datum Namn

_____
Namnförtydligande

Om ansökan görs av annan än den sökande, kryssa rätt alternativ nedan. Bifoga registerutdrag eller fullmakt som styrkeer att du är legal företrädare

☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Ombud via fullmakt

Namn, adress och telefon till företrädare:

_____
Namn

_____
Adress

_____
Telefonnummer

Ansökan skickas till:
Emmaboda kommun
Biståndshandläggare
Box 14
361 21 Emmaboda