

# Förenklad biståndsbedömning

## ANSÖKAN OM BISTÅND ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN I FORM AV INKÖP, MATDISTRIBUTION OCH TRYGGHETSLARM FÖR DIG SOM ÄR ÖVER 80 ÅR

### Personuppgifter:

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer

### Uppgifter om make/maka, sambo:

Personnummer	Namn
--------------	------

### Uppgifter om annan anhörig

Namn	Släktskap	Telefonnummer (inkl riktnr.)
------	-----------	------------------------------

Jag ansöker om hjälp i form av:

**Inköp**

Inköp av livsmedel sker en gång per vecka. Inköp sker i närmaste butik.

**Matdistribution**

Kryssa för vilka veckodagar och ange ev behov av specialkost.

Måndag  Tisdag  Onsdag  torsdag  Fredag  Lördag  Söndag

Behov av specialkost:

---

**Trygghetslarm**

Jag bor i:

Villa / Radhus  Lägenhet

Har husdjur:

---

Var god vänd

Orsak till ansökan (ange hälsotillstånd/funktionshinder):

--

Underskrift:

Datum	Namn
-------	------

Behjälplig med ansökan:

Namn	Telefonnr.
------	------------

**Skicka ansökan till:**

Sölvesborgs kommun  
Service, stöd och bistånd  
294 80 SÖLVESBORG

Information om behandling av personuppgifter:

Personuppgifter som Du/Ni lämnar på denna blankett kommer att registreras i vårt datasystem och användas för hanteringen av Din/Er ansökan. Om Du/Ni vill ha ytterligare information om hur personuppgifterna används eller vill att dessa ska ändras, är vi tacksamma för skriftligt besked om detta till ovanstående adress.