

# 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**

Man får välja att ha matdistribution samtliga dagar i veckan, 4 dagar/vecka eller varannan dag. Kryssa för ditt önskemål och ange eventuellt behov av specialkost.

Alla dagar  Varannan dag  4 dagar/vecka - ange dagar: \_\_\_\_\_

Behov av specialkost:

---

**Trygghetslarm**

Jag bor i:

Villa / Radhus  Lägenhet

Har husdjur:

Orsak till ansökan (ange hälsotillstånd/funktionshinder):

--

Underskrift:

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

Behjälplig med ansökan:

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

**Skicka ansökan till:**

Sölvesborgs kommun  
Myndighetsenheten  
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.