



Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen

Skicka ifylld och blankett till:

**Bollebygds kommun,
Biståndsenheten
Ballebovägen 2
517 83 Bollebygd**

Kom ihåg att skriva under blanketten!

Sökande

Namn		Personnummer (10 siffror)	
Adress			
Postnummer		Ort	
Telefon			

Ansökan avser Jag ansöker om:

Kortfattad beskrivning av anledningen till din ansökan

Jag godkänner att handläggare får hämta ut nödvändiga uppgifter om mig hos andra myndigheter och vårdgivare för att kunna behandla min ansökan och utreda mitt ärende.

Ja Nej

I och med att du undertecknar och skickar in denna blankett registreras dina uppgifter hos Bollebygds kommun. Uppgifterna kommer att användas för Bollebygds kommuns hantering av detta ärende och kommer att behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen 2016/679. På vår hemsida bollebygd.se/personuppgifter kan du läsa mer om hur Bollebygds kommun hanterar personuppgifter.

Underskrift

<input type="checkbox"/> Sökande själv	<input type="checkbox"/> Förvaltare /Godman	<input type="checkbox"/> Annan
Ort och datum		
Sökandes namnteckning		Ombudets namnteckning
Ombudets namnförtydligande		Ombudets telefonnummer