



Skicka blanketten till

Bollebygds kommun
Socialförvaltningen
517 83 Bollebygd

Personuppgifter sökande

För- och efternamn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Postadress
Telefonnummer	E-post	

Ensamboende

Sammanboende

Jag ansöker om

Orsak till ansökan

Har du stöd från annan kommun än Bollebygds kommun? Om ja, beskriv vilket stöd

Har du stöd från annan kommun än Bollebygds kommun, vänligen ange kontaktuppgifter till din nuvarande biståndshandläggare eller socialsekreterare

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Behöver du tolk?

<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilket språk?.....
<input type="checkbox"/> Nej	

Om vi inte når dig, vem vill du att vi ska kontakta?

Namn	Relation	Telefonnummer
Namn	Relation	Telefonnummer

Företrädare

<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud med skriftlig fullmakt
Namn	Adress	
Telefonnummer	E-post	

Bifoga utdrag eller kopia på förordnandet eller fullmakten.

Underskrift av sökande

Ort	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
Sökandens namnteckning	

Underskrift av juridisk företrädare

Ort	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
Namnteckning	Namnförtydligande

Om annan än sökande fyllt i ansökan, fyll i namn och telefonnummer

Namn	Telefonnummer
------	---------------

De personuppgifter som du lämnar till oss behandlas i enlighet med [dataskyddsförordningen](#) och [lagen om offentlighet och sekretess](#). Mer information om vad detta innebär för dig hittar du på [kommunens hemsida](#).