



ANSÖKAN OM INSATS ENLIGT FÖRENKLAD BISTÅNDSBEDÖMNING

Sökande

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefonnummer (även riktnr)	Mobil nummer		E-postadress

Jag har: Godman Förvaltare Framtidsfullmakt (bifogas)

Godman/Förvaltare (kopia på registerutdrag bifogas)

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefonnummer (även riktnr)	Mobil nummer		E-postadress

Ansökan om

- social samvaro
- matdistribution
- trygghetslam

Jag uppfyller nedan kriterier

- 75 år eller äldre
- har ett bristande nätverk
- upplevd otrygghet
- inte själv kan/orkar tillgodose sina behov av måltider
- begränsningar att självständigt utföra aktiviteter
- andra hemtjänstinsatser beviljade



ANSÖKAN OM INSATS ENLIGT FÖRENKLAD BISTÅNDSBEDÖMNING

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

Anhörig (för- och efternamn)	Relation till anhörig	Telefonnummer
------------------------------	-----------------------	---------------

Behjälplig vid ansökan

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postort
Telefonnummer (även riktnr)	Mobil nummer	E-postadress

Sökandes underskrift:

Underskrift	Namnförtydligande
Datum/ort	

Överkalix kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med GDPR (Dataskyddsförordningen). För mer information se Överkalix kommuns hemsida; www.overkalix.se/gdpr/