



## 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 (gäller enbart vid ansökan om social samvaro)



## 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/](http://www.overkalix.se/gdpr/)**