

Socialförvaltningen
Ledningskontoret

Ansökan om matdistribution enligt Socialtjänstlagen 4 kap § 1

Personuppgifter

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer (inkl riktnr.)

Uppgifter om make/maka, sambo

Personnummer	Namn
--------------	------

Uppgifter om anhörig eller annan närstående

Namn	Släktskap	Telefonnummer (inkl riktnr.)
------	-----------	------------------------------

Därför behöver jag matdistribution

--

Matdistribution levereras dagligen, varannan dag eller minst 3 dag/vecka på bestämda dagar. Välj ett av tre alternativ.

1. Dagligen <input type="checkbox"/>	3. Minst tre dagar / vecka fasta dagar <input type="checkbox"/>
2. Varannan dag <input type="checkbox"/>	Må Ti On To Fr Lö Sö <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Underskrift

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

Skicka ansökan till
Markaryds kommun
Socialförvaltningen
Box 74
285 22 MARKARYD
Tel: 0433-720 00

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 vidstående adress.