

Ansökan om trygghetslarm enligt Socialtjänstlagen 4 kap § 1

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Gatuadress	
Postnummer	Postort
Telefonnummer (inkl. riktnummer)	

Uppgifter om make/maka, sambo

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

Uppgifter om anhörig eller annan närstående

Namn	
Släktskap	Telefonnummer (inkl. riktnummer)

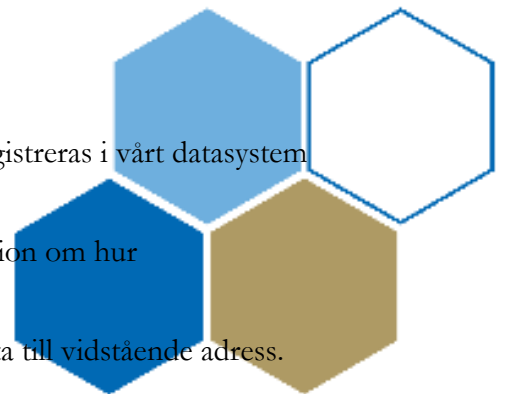
Namn	
Släktskap	Telefonnummer (inkl. riktnummer)

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](mailto:ks@markaryd.se).



Därför behöver jag ett trygghetslarm

Otrygghet

Hälsoskäl

Beskriv vad:

Vid installation av larm kontakta

<input type="checkbox"/> Sökande	Annan:
	Namn
	Telefonnummer (Inkl. riktnummer)

Underskrift

Datum

Namn

Skicka ansökan till

Markaryds kommun
Socialförvaltningen
Box 74
285 22 MARKARYD



Postadress
Box 74
28522 Markaryd

Besöksadress
Drottninggatan 11
285 31 Markaryd

Telefon
0433 – 72 000

Webb / E-post
www.markaryd.se
ks@markaryd.se

Organisations nr.
212000-0654

Giro
Plusgiro: 348 24-3
Bankgiro: 279-5706