



Personuppgifter - Sökande

Efternamn och förnamn		Personnummer
Adress (utdelningsadress)		Telefon
Postnummer och ort	e-post	

Personuppgifter - Medsökande

Efternamn och förnamn		Personnummer
Adress (utdelningsadress)		Telefon
Postnummer och ort	e-post	

Kontaktuppgifter (T ex anhörig, god man/förvaltare)

<input type="checkbox"/> Ja, anhörig	<input type="checkbox"/> Ja, god man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Ja, annan
Namnsteckning	Namnförtydligande	
Utdelningsadress	Postnummer och postort	
E-post	Telefon	

Undertecknad återtar härmed tidigare inlämnad ansökan om LSS-insatser i form av:

<input type="checkbox"/> Städning var 3:e vecka
<input type="checkbox"/> Tvätt varannan vecka
<input type="checkbox"/> Inköp 1 gång per vecka
<input type="checkbox"/> Matdistribution
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm

Skäl till ansökan, Sökande: Beskriv varför du inte själv kan utföra insatsen (sjukdom, funktionsnedsättning, social situation)

--

Medsökande: Beskriv varför du inte själv kan utföra insatsen (sjukdom, funktionsnedsättning, social situation)

--

Bra för oss att veta (t ex hälsa, boendesituation, husdjur)

--

Behandling av personuppgifter

När du skickar in denna blankett kommer dina personuppgifter att behandlas av Omsorgsnämnden i Sandvikens kommun som är personuppgiftsansvarig. Kommunens omsorgstaxa kommer att tillämpas och de lämnade uppgifterna registreras enligt gdpr. För mer information om hur dina personuppgifter behandlas hänvisas till sandviken.se/gdpr. Du kan även få information om vilka personuppgifter vi har sparat om dig, genom att skicka en skriftlig begäran till Omsorgsförvaltningen.

Övrig information

Frågor med anledning av din ansökan kan ställas till biståndshandläggare i det område där du bor.
Telefon 026-24 00 00, träffas säkrast vardagar 9.00-10.00

Underskrift

Namnteckning	Ort datum
Namnförtydligande	

**Blanketten skickas till:
Sandvikens kommun
Medborgarservice
811 80 Sandviken**