



Dals-Eds Kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
Box 31
668 21 Ed

Uppgifterna registreras i 1
socialnämndens dataregister
och hanteras enligt PUL
personuppgiftslagen

Ansökan om äldre- och handikappomsorg (enligt Socialtjänstlagen)

Namn	Personnummer
_____	_____
Namn make/maka/sammanboende	Personnummer
_____	_____
Adress	Postadress
_____	_____
Telefon bostad	

Anhörig/närstående	Släktskap
_____	_____
Telefon anhörig/närstående	

Företrädare (God man m. förordnande, ombud m. skriftlig fullmakt eller biträde m. skriftligt intyg)

Namn	

Adress	Postadress
_____	_____
Telefon inkl. riktnr. (bostad)	Telefon inkl. riktnr. (arbetet)
_____	_____

Ansökan avser (hjälp i hemmet, trygghetslarm, matdistribution, korttidsboende, särskilt boende)

Anledning/Skäl till ansökan (behov)

Datum underskrift underskrift make/maka/sambo

Postadress	Besöksadress	Telefon	Fax	E-post
Box 31	Delesgatan 8	0534-190 00 (vxl)	0534-190 37	socialnamnden@dalsed.se
668 21 ED	668 30 ED	0534-190 38/39(direkt)		
		säkrast kl. 08.00-09.00		