



### ANSÖKAN AVSER

Förnamn och efternamn		Personnummer
Postadress		Telefon
Postnummer	Postadress	Telefon dagtid

### JAG ANSÖKER OM

Beskriv med egna ord vad du vill ansöka om:

### ANLEDNING TILL ANSÖKAN

Gör en kort beskrivning av din funktionsnedsättning och ditt behov av stöd:



### INFORMATION

Emmaboda kommun kommer att registrera inkomna uppgifter i kommunens dataregister. För att kunna utföra insatsen kan berörd personal behöva ta del av utredningen. Uppgifterna kommer att behandlas i enighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PUL).

### UNDERSKRIFT

Jag har tagit del av informationen ovan och medger att nödvändiga uppgifter

Får inhämtas

Inte får inhämtas

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Om ansökan görs av annan än den sökande, kryssa rätt alternativ nedan. Bifoga registerutdrag eller fullmakt som styrker att du är legal företrädare

God man

Förvaltare

Ombud via fullmakt

Namn, adress och telefon till företrädare:

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Adress

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### Ansökan skickas till:

Emmaboda kommun  
Biståndshandläggare  
Box 14  
361 21 Emmaboda