

Ansökan om matdistribution enligt Socialtjänstlagen 4 kap 2a§**Personuppgifter**

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	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 ☐	3. Minst tre dagar / vecka fasta dagar ☐
2. Varannan dag ☐	Må Ti On To Fr Lö Sö ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sökandes underskrift

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

Jag har fått hjälp med att fylla i blanketten av:

Datum	Namn
Telefonnummer	Relation till den sökande:

Skicka ansökan tillMarkaryds 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.