MARKARYDS KOMMUN

Socialförvaltningen
Ledningskontoret

Ansökan om trygghetslarm enligt Socialtjänstlagen 4 kap 2a§

Personuppgifter

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer

Därför behöver jag ett trygghetslarm

☐ Otrygghet ☐ Hälsoskäl Beskriv vad:

Vi installation av trygghetslarm kontakta

Sökande ☐	Annan ☐	Namn	Telefonnummer

Underskrift

Datum	Namn

Jag har fått hjälp med att fylla i blanketten av:

Datum	Namn
Telefonnummer	Relation till den sökande

Skicka ansökan till

Markaryds 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.