

**Ansökan om matdistribution utan behovsprövning
enligt 11 kap 5 § Socialtjänstlagen**



Ansökan avser:

Sökandens namn	Personnummer
Adress	Telefon bostad
Postnummer och postort	Mobiltelefon
Behjälplig vid ansökan - Namn	Telefonnummer
Adress	Postnummer och postort
Eventuell god man/förvaltare*, ombud*	Telefonnummer

* Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud skall bifogas ansökan.

<input type="checkbox"/> Ensamboende	<input type="checkbox"/> Har hemsjukvård
<input type="checkbox"/> Samboende	<input type="checkbox"/> Har inte hemsjukvård

Ansökan gäller:

<input type="checkbox"/> Matdistribution utan behovsprövning enligt 11 kap 5 § SoL
--

Förutsättningar:

<input type="checkbox"/> Jag har fyllt 69 år
<input type="checkbox"/> Jag är bosatt i Avesta kommun, i ordinärt boende.

Information om matdistribution utan behovsprövning

I Avesta kommun erbjuds samtliga kommuninvånare som har fyllt 69 år och som är bosatta i Avesta kommun i ordinärt boende insatsen matdistribution utan behovsprövning.

Syftet med insatsen är att du får färdiglagade måltider hemlevererade. Du bokar och väljer själv måltider. Leverans sker kyld hem till dig. Möjlighet att beställa specialkost finns. Du kommer debiteras per matlåda enligt gällande taxa.

Insatsen beviljas av administrativa handläggare, och du kommer få ett skriftligt beslut hemskickat. Din insats kommer följas upp 1 gång per år av biståndshandläggare för att säkerställa att det fungerar bra för dig och om insatsen är av god kvalitet.

Möjligheten att ansöka om matdistribution enligt 11 kap 5 § SoL påverkar inte dina möjligheter att ansöka om andra insatser jml. 11 kap 1 § SoL. Du kan då kontakta en biståndshandläggare via telefonnummer 0226 – 64 50 00.

**Ansökan om matdistribution utan behovsprövning
enligt 11 kap 5 § Socialtjänstlagen**

Samtycke

Om du vill att vi ska kunna ha kontakt med andra än dig själv under tiden som din ansökan utreds behöver du lämna samtycke. Detta kan exempelvis vara hälso- och sjukvård, socialtjänsten eller anhöriga. Ange nedan en eller fler personer som du samtycker att handläggare har kontakt med gällande ditt ärende. Du kan när som helst återta detta samtycke.

Förnamn & efternamn	Telefonnummer	Relation

Ange i vilka situationer du ger ditt samtycke till handläggare har kontakt med ovanstående person/personer.

- handläggare får kontakta personen för att inhämta information till utredningen
- handläggare får lämna ut information till personen som rör mitt ärende
- Övriga situationer där jag samtycker till kontakt, eller begränsningar i mitt samtycke

.....
Underskrift:

Ort och datum:	Underskrift huvudsökande:
-----------------------	----------------------------------

Sänd ansökan till postadress: Avesta Kommun Omsorgsförvaltningen, Vård- och omsorg Avgiftshandläggare Box 23 774 21 AVESTA	Besöksadress: Markusgatan 25, Avesta Besök avtalas med avgiftshandläggare.
--	---

.....
Du som behöver hjälp att fylla i blanketten eller vill ansöka muntligt- kontakta avgiftshandläggare.
Telefonnummer: 0226 – 64 50 00
.....

För Din information vill vi meddela att Dina personuppgifter används för att kunna administrera Din ansökan. Avesta kommun, Socialnämnden behandlar blankettens personuppgifter med hjälp av IT. Om du vill ha ytterligare information om hur Dina personuppgifter behandlas är vi tacksamma för skriftligt besked om detta till ovan angiven postadress.