



ANSÖKAN OM BISTÅND ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummerr
Postadress	

Jag ansöker om:

Skriv en kortfattad anledning till ansökan:

Sökande är: den enskilde god man/förvaltare

Datum:	Sökandens underskrift:
--------	------------------------

Ansökan skickas till: Askersunds kommun, Socialförvaltningen, Biståndshandläggare,
Box 28, 696 21 Askersund

Ansökan mottagen (datum och signatur)	
Kontakt med sökanden (datum och signatur)	