



Ystads kommun

## Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen

Ansökningsdatum	Personnummer
Namn	Telefonnummer
Adress	
e-postadress	
Anhörig, namn och telefonnummer	

**Jag vill ansöka om:**

**Orsak till ansökan:** Beskriv HUR ditt hälsotillstånd gör det svårt för dig

---

### Sökandes underskrift

Ansökan skickas till: Social- och omsorgsförvaltningen  
Myndighetsenheten för funktionsvariation  
Blekegatan 1  
271 80 YSTAD

Alternativt skickas via e-post: [bistandshandlaggare@ystad.se](mailto:bistandshandlaggare@ystad.se)

### Information

Insamlade personuppgifter kommer att registreras, lagras och användas som underlag för beslut om hjälp. Uppgifterna behandlas i kommunens dataregister inom social omsorg. För mer information kontakta kommunens växel 0411-577000 eller e-post [kommun@ystad.se](mailto:kommun@ystad.se)

Postadress	Besöksadress	Telefon växel	Telefax	E-postadress	Hemsida
YSTADS KOMMUN Social- och omsorgsförvaltningen 271 80 YSTAD	Blekegatan 1	0411-57 70 00	0411-746 44	<a href="mailto:soc@ystad.se">soc@ystad.se</a>	<a href="http://www.ystad.se">www.ystad.se</a>