



# Åmåls Kommun

## ANSÖKAN OM HEMSÄNDNINGSBIDRAG

Mottagningsdatum	Mottagen av
------------------	-------------

### Uppgifter om den som ska använda tjänsten

Sökande (markera ett alternativ) [ ] Jag söker för egen del [ ] Jag söker för anhörig	Personnummer
Förnamn	Efternamn
Adress	Postnr
Ort	E-post
Telefon	Mobil

### Kontaktperson

Fyll i om någon annan än sökande ska vara kontaktperson, eller om du söker för en anhörig.

Namn	Adress
Telefon	E-post

### Beslutskriterier

För att få hemsändning måste användaren av tjänsten uppfylla nedanstående kriterier. Om användaren inte uppfyller alla kriterierna, kan man ansöka ändå om behov av hemsändning ändå finns. Kontakta på handläggaren för vidare diskussion.

[ ] Användaren är åretruntboende i Åmåls kommun	[ ] Användaren är bosatt på landsbygden
[ ] Användaren har minst 2 km till närmaste butik	[ ] Användaren kan inte själv ta sig till butik på grund av funktionsvariation som begränsar rörligheten
[ ] Användaren kan inte ta sig själv till butik på grund av annan orsak. Kontakta kommunen.	

### Signatur

Underskrift	Ort och datum
-------------	---------------