

1. Personuppgifter		
Sökande		Personnummer
Adress	Post nr	Ort
Tel nr		
Närstående		Tel nr
Närstående		Tel nr

Beskriv ditt funktionshinder/behov:

.....

.....

Genom att lämna information på denna blankett kommer dina personuppgifter att bli behandlade av Kävlinge kommun i enlighet med Dataskyddsförordningens krav. Syftet med att behandla dina personuppgifter är beslut och handläggning av trygghetstelefon enligt Socialtjänstlagen och de kommer enbart att delas med behöriga inom Kävlinge kommun. Uppgifterna kommer att gallras enligt nämndens informationshanteringsplan. Har du frågor kring kommunens behandling av dina personuppgifter kan du kontakta socialnämnden i Kävlinge via [socialnamnden@kavlinge.se](mailto:socialnamnden@kavlinge.se). Du har alltid rätt att få information om de behandlingar du deltar i, samt att rätta eventuella felaktigheter i uppgifterna. Läs mer om Kävlinge kommuns allmänna hantering av personuppgifter på [www.kavlinge.se](http://www.kavlinge.se).

2. Underskrift	
.....	.....
Ort och datum	Underskrift

**Ansökan skickas åter till:**  
Kävlinge kommun  
Biståndshandläggare  
244 80 Kävlinge

<b>Biståndshandläggarens noteringar:</b>
Beslutsdatum .....
.....
Biståndshandläggare
.....
Namnförtydligande