

.....

## PERSONUPPGIFTER

Efternamn och alla förnamn	Personnummer
Postadress(utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon(även riktnummer)

## ANSÖKER OM BISTÅND I FORM AV:

<input type="checkbox"/> Måltid i skolmatsal.
---

## UNDERSKRIFT

Ort	Datum	Sökandes underskrift
_____	_____	_____

Ansökan skickas till:  
**Falu Kommun**  
**Omvårdnadsförvaltningen**  
**Biståndsenheten**  
**791 83 Falun**

## BESLUT

Bistånd enligt Socialtjänstlagen 4 kap 2 § i forma av möjlighet att inta måltid i skolmatsal till en av Falu Kommun fastställd avgift:		
<input type="checkbox"/> Beviljas. Beslutet gäller tillsvidare och under förutsättning att rektorer vid berörda skolor ger sitt medgivande till att upplåta skolmatsalen till denna aktivitet.		
<input type="checkbox"/> Avslås då den sökande inte uppfyller de av kommunfullmäktige uppställda kriterierna. Detta beslut kan inte överklagas.		
_____	_____	_____
Ort	Datum	Biståndshandläggare