**Ifylls av Försörjningsstödsenheten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Besöksadress: Östra Rundgatan 11  Tel. växel: 0155-24 80 00  Tel. Mottagningsgruppen: 0155-24 80 55 |  | Besökstid: ………………………………………………………  Handläggare: …………………………………………………..  Leg kontroll  Känd |
|  |  |

|  |
| --- |
| **PERSONUPPGIFTSLAGEN** För din information vill vi meddela att dina personuppgifter används för att behandla ansökningshandlingar och  i förekommande fall adressökning. Om du vill ha ytterligare information om hur dina personuppgifter används eller om du vill att dessa ändras  är vi tacksamma för skriftligt besked om detta.  Personuppgiftsansvarig: Socialnämnden. |

**Dödsbo**

|  |  |
| --- | --- |
| Avlidnes efter- och förnamn | Personnummer |
| Adress (postnr och postadress) | |

**Ombud för dödsboet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ombudets efter- och förnamn | Personnummer | Telefonnummer (arb) |
| Adress (postnr och postadress) | | Telefonnummer (bost) |

**Vilken Begravningsbyrå har anlitats? Vilka utgifter har Du/Ni?**  **Ange nedan i kr**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FONUS | | Begravningskostnad |  |
| Fondkistan | | Gravsten |  |
| Arfvidsons Begravningsbyrå | | Annat (Ange vad) |  |
| Annan (Ange vilken) |  | | |
|  |
| **Bifoga faktura från Begravningsbyrå samt dödsboanmälan/bouppteckning** | | | |

**Vid beviljat bistånd görs utbetalning till?**

|  |
| --- |
| Ombudet (Ange) …………………………………………. ………………………………………………..  Bank Clearing- och kontonummer  Begravningsbyrå |

**Försäkran och underskrift**

|  |
| --- |
| Jag försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och fullständiga. Jag har tagit del av bestämmelserna  för ekonomiskt bistånd och är medveten om att ofullständiga eller felaktiga uppgifter kan leda  till polisanmälan och återbetalningsskyldighet av utgivet bistånd. |
| …………………………………………  Datum  …………………………………………  Ombudets namnteckning |

**Skicka blanketten till:** Nyköpings kommun, Division Social omsorg, Försörjningsstödsenheten, 611 83 NYKÖPING