20250317

**ANSÖKAN** om medlemskap i Matkassen Saronhuset

Ofullständig ansökan behandlas inte. Handläggningstid 1-2 veckor. Beslutet kan inte överklagas

Medlemskapet gäller i 1 år

Namn Personnummer (6 siffror)

Adress

Telefon

**Hur försörjer du dig \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hur du bor idag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hur många barn har du som bor hemma och är under 18 år? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* Jag intygar på heder och samvete att redovisade uppgifter stämmer
* Medlemskapet kan dras in om mina ekonomiska förutsättningar förbättras
* Maten som tillhandahålls kommer från butiker där produkterna har utgånget eller kort datum och innehållet kan variera
* Medlemskapet ger tillgång till 1 matkasse/vecka, i mån av tillgång
* Jag samtycker till att mina personuppgifter lagras enligt gällande GDPR-lagstiftning, så länge som jag är kund hos Matkasse Saronhuset
* Vid frågor gällande GDPR kontakta verksamhetschefen på Saronhuset 0522 13682

Bifoga en kopia på senaste deklarationen eller beslut från F-k, Af, Soc eller annan myndighet

Legitimation skall uppvisas i samband med ansökan

Namnunderskrift Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_