

Vård och Omsorg/SoL

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
--------------------	--------------

Adress	Postnummer
--------	------------

Ort	Telefon arbete
-----	----------------

Telefon bostad	Mobiltelefon
----------------	--------------

Vårdnadshavare/God man/förvaltare

För- och efternamn	Telefon arbete
--------------------	----------------

Telefon bostad	Mobiltelefon
----------------	--------------

Vårdnadshavare/God man/förvaltare får kontaktas

Ja

Nej

Önskemål om område

Bispgården

Hammarstrand

Stugun

Orsak till ansökan

--

Du som söker godkänner att utredning får göras samt att de uppgifter som behövs som underlag för beslutet får inhämtas från sjukvården, Försäkringskassa samt andra myndigheter, anhöriga, etc.

Ja

Nej

Sökandes eller företrädares underskrift

--	--

Datum

Namnteckning

Blanketten skickas till:

Ragunda kommun, Biståndsenheten
Box 150
844 21 Hammarstrand
Tel. Ragunda kommun Kundcenter 0696-68 20 00