

Vård och Omsorg/SoL

Personuppgifter

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

Namn medsökande

Namn	Personnummer
------	--------------

Adress	Telefon
--------	---------

Vårdnadshavare/God man/förvaltare

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

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

Vårdnadshavare/God man/förvaltare får kontaktas

Ja Nej

Ansökan avser

Hjälp i hemmet	Ledsagarservice	Boendestöd
Korttidsplats	Dagverksamhet	Anhörigbidrag
Matservice	Trygghetslarm	

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
