



ANSÖKAN OM ÄLDRE- OCH HANDIKAPPOMSORG

- Ansökan avser: Annat boende Färdtjänst Larm
 Anhörigbidrag Hemtjänst Matdistribution
 Boendestöd Korttidsplats

A

Namn

Personnummer

Adress

Telefonnummer

Hemmavarande barn, namn födelsenummer

B

Namn

Personnummer

Adress

Telefonnummer

Min ansökan avser

Medgivande:

Härmed medger jag/vi att erforderliga uppgifter för bedömning av ärendet inhämtas från försäkringskassa, sjukvård, socialtjänst och landstingets handikappförvaltning.

Ja Nej

Datum

Sökandens underskrift

Ansökan skickas till: Sociala avdelningen Åsele Kommun, 919 85 Åsele.
 Biståndsbedömare Åsele kommun Telefon: 0941 - 141 73