



ANSÖKAN / ANMÄLAN

Vilhelmina Kommun

Sökandes personuppgifter:

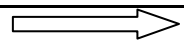
Namn _____ Personnummer _____
Adress _____
Postadress _____ Telefonnummer _____

Ansökan / anmälan initierad av :

- Den sökande Anhörig till den sökande
 Sjukhus/distriktssköterska God man
 Annan med fullmakt

Ange kortfattat **vad** som söks och **varför** ansökan / anmälan föreligger:

Fortsätt på baksidan



Medgivande:

Härmed medger jag att nödvändiga uppgifter för bedömning av ansökan / anmälan får utlämnas av försäkringskassa, sjukvård, socialtjänst eller annan instans som är nödvändig för utredningen:

JA NEJ

Sökandes underskrift:

Datum / _____ - _____ Underskrift

Ev. behjälplig vid upprättande av ansökan / anmälan

OBS! Handläggningstiden är ca fyra (4) veckor.

Ansökan / anmälan skickas till:

Vilhelmina Kommun
Handläggarenheten - Aldreomsorgen
Torget 6
912 81 VILHELMINA

Skriftlig

Muntlig

Ansökan / anmälan's inkomstdatum:

Mottagarens namn och befattning:
