

Verksamheten
Stöd och omsorg**ANSÖKAN OM SÄRSKILT BOENDE**

- enligt Socialtjänstlagen 4 kap 1 §

Ansökan om medboende

Ansökan om provboende

Personuppgifter

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Telefonnummer:
Postnummer:	Mailadress:
Ort:	

Beskrivning

Därför ansöker jag om särskilt boende:

Kontakta

Sökande

Närstående

God man

Namn: _____ Telefonnummer: _____

Årjängs kommunPostadress
Stöd och omsorg
Box 907
672 29 ÅrjängBesöksadress
Storgatan 66Telefon
0573-141 00 vx
FaxE-post
social@arjang.se
Webbplats
www.arjang.seOrganisationsnr
212000-1835
Bankgiro
117-3244

Godkännande

För att kunna ta hand om Din ansökan behöver vi ibland kontakt med andra myndigheter.

Jag godkänner att Ni får hämta upplysningar om mig hos landstinget, kommunens hälso- och sjukvård eller från en annan kommun.

Ja

Nej

Underskrift

Jag som gör denna ansökan är:

Den sökande

God man

Förvaltare

Annan

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Ansökan skickas till:

Årjängs kommun, Stöd och omsorg, Box 906, 672 29 Årjäng