

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: \_\_\_\_\_

**Arjängs kommun**Postadress  
Stöd och omsorg  
Box 906  
672 29 ÅrjängBesöksadress  
Nertomtvägen 4Telefon  
0573-141 54  
Fax  
0573-123 45E-post  
ifo@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