



Datum: _____

Ansökan skickas till:

Funktionshinderenheten

Box 34

424 21 Angered

Personuppgifter (den begäran gäller)

Namn	Adress	Personnummer
Telefon	E-postadress	

Jag ansöker om (typ av insats)

☐ Jag vill bli kontaktad av handläggare för information (om du inte vet vilken typ av insats du vill ansöka om)

Orsaken till att jag behöver stöd

--

Dina personuppgifter behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen (PUL).
Uppgifterna registreras i vårt datasystem och används för hanteringen av din ansökan.
Du har rätt att ta del av de uppgifter som registreras om dig. Begäran gör du hos din handläggare.

Underskrift

Datum	Sökandens underskrift
-------	-----------------------

Den sökande har ombud och ombudet är

☐ Vårdnadshavare ☐ Förvaltare ☐ God man ☐ Annan

Personuppgifter ombud eller ansökan via fullmakt

Namn	
Adress	Telefon
Postnummer och ort	Mobiltelefon
E-postadress	
Datum	Ombudets underskrift