



Ansökan om stöd för personer med funktionsnedsättning

Datum (år/mm/dd)

Personuppgifter för personen med funktionsnedsättning

Namn	
Adress	Personnummer
E-postadress	Telefonnummer

Jag behöver hjälp med?

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

Varför behöver jag hjälp?

Dina personuppgifter behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen. 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	Sökandes underskrift
-------	----------------------

Den sökande är

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Annan
-----------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Personuppgifter för vårdhavare, förvaltare, god man eller annan

Namn	
Adress	Telefon
Postnummer och ort	Mobiltelefon
E-postadress	
Datum	Underskrift

Skicka ansökan till Förvaltningen för funktionsstöd, Box 4053, 422 04 Hisings Backa.