



Personuppgifter sökande

Förnamn (tilltalsnamn)	Efternamn	Personnummer (10 siffror)
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	E-postadress	

Personuppgifter medsökande

Förnamn (tilltalsnamn)	Efternamn	Personnummer (10 siffror)
------------------------	-----------	---------------------------

Företrädare med skriftlig fullmakt eller god man

Förnamn (tilltalsnamn)	Efternamn	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	E-postadress	

Ansökan avser

--

Underskrifter

Jag medger att Bengtsfors kommun får inhämta de uppgifter som är nödvändiga för att utreda mitt behov av insatser.

Ort och datum	Ort och datum
Underskrift sökande	Underskrift medsökande
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Blanketten skickas till:

Biståndsenheten
Dalslands sjukhus
668 40 Bäckefors