



Ansökan om särskilt boende

Sökande

Namn	Personnummer
Adress	
Postnummer	Postadress
E-post	Telefonnummer

Medsökande

Namn	Personnummer	Telefonnummer
------	--------------	---------------

Ställföreträdare*

Namn	Telefonnummer
Adress	Postadress

***Bifoga kopia på aktuellt arvodesbeslut**

Orsak till ansökan

--

Övriga upplysningar

--

Samtycke och försäkran

Jag försäkrar att de lämnade uppgifterna är kompletta och korrekta. Jag är medveten om att jag är skyldig att meddela ändrade förhållanden som kan påverka mina ärenden. Jag lämnar mitt samtycke till att de lämnade uppgifterna dataregistreras enligt dataskyddsförordningens (GDPR:s) krav. Dataregistret används för administration inom Omsorgsförvaltningen.

.....

.....

Datum Underskrift sökande

Underskrift medsökande

Ansökan skickas till: Staffanstorps kommun, Omsorgsförvaltningen, 245 80 Staffanstorp