

Sökande

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnr	Ort
Telefon	Mobilnummer	E-postadress
Civilstånd <input type="checkbox"/> Ensamstående	<input type="checkbox"/> Gift/Sammanboende	

Kontaktuppgifter till närstående

Förnamn	Efternamn	Relation till den sökande
Adress	Postnr	Ort
Telefon (även riktnr)	Mobilnummer	E-postadress

Ansökan

Jag ansöker om
Därför att

Uppgifter i samband med utredning och beslut kommer att registreras i socialtjänstens dataregister.

Undertecknad medger att uppgifter får inhämtas från Försäkringskassan, sjukvården, övrig socialtjänst och anhörig.

Ja Nej

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt Dataskyddsförordningen (GDPR)

Datum och namnteckning	Namnförtydligande
-------------------------------	--------------------------

Person som hjälpt mig med ansökan

Förnamn	Efternamn	Telefon (även riktnr)
----------------	------------------	------------------------------

Skickas till: Kramfors kommun, Vårdförvaltningen 872 80 Kramfors