



## Ansökan om stöd för närståendevård

### Vårdaren

Efternamn och förnamn	Personbeteckning
Adress	Telefon
E-postadress	Mobil

### Vårdtagaren

Efternamn och förnamn	Personbeteckning
Adress	Telefon
E-postadress	Mobil

### Beskriv vård- och omsorgsbehovet

C-läkarintyg bifogas ansökan

### Ansökan har lämnats av

Namn och telefon

Äldreomsorgschefen tar kontakt då ansökan är mottagen

**Ansökan returneras till** Saltviks kommun  
Äldreomsorgschef  
Lillängs 14  
22320 Ödkarby