

Ansökan om stöd för närståendevård

Vårdaren

För- och efternamn	Personbeteckning
Adress	Postnummer och ort
E-post	Telefon/Mobil

Vårdtagaren

Efternamn och förnamn	Personbeteckning
Adress	Postnummer och ort
E-post	Telefon/Mobil

Beskriv vård- och omsorgsbehovet

<input type="checkbox"/> C-läkarintyg* bifogas ansökan <input type="checkbox"/> C-läkarintyg* bifogas i ett senare skede

* C-läkarintyg är obligatoriskt

Underskrift

Ort och datum	Underskrift och namnförtydligande
---------------	-----------------------------------

Ansökan returneras via e-post eller post till

info@saltvik.ax

eller Saltviks kommun, Äldreomsorgschef, Lillängs 14, 22320 Ödkarby