



ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD ÖVER 65 ÅR -FINSTRÖMS KOMMUN

Sökande

Namn	Personbeteckning
Adress	Telefon/e-post

Klient

Namn	Personbeteckning
Adress	Telefon/e-post

Kort förklaring av hälsotillståndet och av vårdbehovet:

Till ansökan ska bifogas ett läkarutlåtande som är högst 6 månader gammalt.

Underskrifter

_____ Datum/ klientens underskrift

_____ Datum/sökandes underskrift

Ifylld blankett sänds till:

Servicehuset Rosengård, äldreomsorgsledare, Montellvägen 3, 22410 Godby.

E-post: jana.andersson@finstrom.ax