



Vård- och omsorgsförvaltningen  
Bangatan 7  
716 81 Fjugesta

Datum

.....

## **Ansökan om DAGVERKSAMHET**

Bistånd enligt Socialtjänstlagen, 4 Kapitel 1 §

### **Personuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnr, postort	Tel.nr (inkl riktnr)

### **Medgivande**

- Den sökande medger att nödvändiga handlingar, intyg och dylikt för bedömningar får inhämtas från berörda instanser eller myndigheter.

### **Sökandes underskrift/vårdsnadshavare/god man/förvaltare**

<b>Namn</b>	<b>Ort och datum</b>
.....	.....
<b>Namn</b>	
.....	

### **Behjälplig vid ansökan**

Namn	<input type="checkbox"/> Anhörig
.....	<input type="checkbox"/> God man
	<input type="checkbox"/> Förvaltare
Telefonnummer	<input type="checkbox"/> Personligt ombud
.....	<input type="checkbox"/> Personal
	<input type="checkbox"/> Annan.....
.....	

**Ansökan skickas till: Biståndshandläggare, Lekebergs kommun 716 81 Fjugesta, som utreder och fattar beslut enligt socialtjänstlagen.**