



SOCIALFÖRVALTNINGEN

Ansökan om särskilt boende (SÄBO) i Hammarö kommun

Personnummer: _____

Namn: _____

Gatuadress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

Härmed ansöker jag om SÄBO i Hammarö kommun

Ort och datum _____

Underskrift (kund) _____

Namnförtydligande _____

God man eller annan företrädare

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Telefon _____

Samtycke

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter. Jag godkänner att vård- och omsorgsförvaltningen får hämta upplysningar om mig hos socialtjänsten, hälso- och sjukvården och/eller annan kommun.

Ja

Nej

Skicka blanketten till:

**Hammarö kommun
Biståndsenheten
Box 26
663 21 Skoghall**