



**VÅRDÖ KOMMUN
OMSORGSNÄMNDEN**

ANHÅLLAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD

VÅRDARE

Namn _____ Personnr. _____
Adress _____
Telefon _____ Bankkonto _____
Underskrift _____

VÅRDTAGARE

Namn _____ Personnr. _____
Adress _____
Telefon _____
Underskrift _____

FÖRKLARING AV VÅRDBEHOV *)

Stödet söks tillsvidare från: _____

Stödet söks för tiden: _____

Skattekort bifogas/skatte kort bifogas senare

Läkarintyg (C-intyg) eller annan utredning bifogas/ läkarintyg eller annan utredning bifogas senare

För mera information kontakta äldreomsorgsledaren.