



Arvidsjaurs kommun
Árviesjávrien kommundna

Ansökan mottagen

ANSÖKAN

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Övrigt: _____

JAG ANSÖKER OM:

SAMTYCKE

Jag samtycker till att uppgifter för bedömning av ansökan får hämtas från socialtjänst samt hälso- och sjukvård i kommun och landsting.

Datum

Sökandes underskrift