



DANDERYDS KOMMUN
Socialkontoret
Äldre- och LSS avdelningen

Ansökan om särskilt boende inom äldreomsorgen

Sökande:

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Anledning till ansökan:

Beskrivning av ditt/dina behov av stöd och hjälp:

Jag medger att handlingar/uppgifter som Danderyds kommun bedömer är av betydelse för utredningen, får inhämtas från;

Närstående/God man Sjukvården Andra avd. inom socialtjänst

Underskrift av den sökande

Behjälplig vid upprättande av ansökan

Ort och datum

Namn och telefonnummer

Besöksadress

Mörby Centrum, reception,

Postdress: Box 28, 182 11 Danderyd

Telefon

08 – 568 910 00

Fax

08 – 568 911 36