



## 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