



Social- och hälsovårdsverket  
Sosiaali- ja terveystyökeskus

## ANSÖKAN OM STÖDPERSON

Sökande: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_ Tfn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

För vilket ändamål behövs stödpersonen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Förslag till stödperson \_\_\_\_\_

Stödpersonens adress och tfn \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Önskemål om antal timmar per månad \_\_\_\_\_

Övrigt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Sökandes eller vårdnadshavarens underskrift

Ansökan sänds till  
Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket  
Handikappomsorg/infoga kommunens namn  
PB 111  
68601 JAKOBSTAD

