



Social- och hälsovårdsverket
Sosiaali- ja terveystyöryhmä

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