## Ansökan skickas till

Ankomstdatum:

## Habo kommun

## Socialförvaltningen

## Box 212

## 556 24 Habo

# Val av utförare för hemtjänst i Habo kommun

Kryssa i den utförare som du vill ha:

Habo kommuns hemtjänst

K2C - Hemtjänst

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn | Personnummer | Telefon |
| Adress | Postnummer | Mobilnummer |

## Medgivande

|  |
| --- |
| Jag medger att dokumentation gällande biståndet får överlämnas till vald/valda utförare |

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen. Du godkänner att din information får lagras och bearbetas i register. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

## Underskrift av ansökan

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum | Sökandes eller ställföreträdares underskrift |