

Sökande

Namn		Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Postadress	
Boendekommun		Telefon	
Vad är det som gör att du behöver hjälp från habiliteringen? Vilken hjälp vill du ha från habiliteringen? (Fortsätt skriv på baksidan om du inte får plats)			
Har du haft insatser från habiliteringen tidigare? (Om du inte har haft insatser från habiliteringen tidigare behöver du skicka med underlag som styrker din diagnos)			
☐ Ja ☐ Nej			
Den sökande är			
☐ Personen själv ☐ God man/förvaltare			

Underskrift

Ort och datum
Underskrift

God man/förvaltare

Adress och telefonuppgifter till god man/förvaltare

Ansökan skickas till
Habiliteringscentrum Hus M4
Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping