

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) | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | | |
| Den sökande är | | | |
| <input type="checkbox"/> Personen själv <input type="checkbox"/> God man/förvaltare | | | |

Underskrift

| |
|---------------|
| Ort och datum |
| Underskrift |

God man/förvaltare

| |
|---|
| Adress och telefonuppgifter till god man/förvaltare |
|---|

Ansökan skickas till
Habiliteringscentrum Eksjö
Box 246
575 23 Eksjö