



**ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD ÖVER 65 ÅR -GETA
KOMMUN**

Sökande

Namn	Personbeteckning
Adress	Telefon/e-post

Klient

Namn	Personbeteckning
Adress	Telefon/e-post

Kort förklaring av hälsotillståndet och av vårdbehovet:

Till ansökan ska bifogas ett läkarutlåtande som är högst 6 månader gammalt.

Underskrifter

Datum/ klientens underskrift Datum/sökandes underskrift

Ifylld blankett sänds till:

Geta Hemgård, föreståndare, Hemgårdsvägen 7, 22340 Geta.
E-post: janice.haggblom@geta.ax