



PARGAS STAD
HANDIKAPPSERVICE

Socialserviceenheten
Strandvägen 28
21600 Pargas

ANHÅLLAN OM HANDIKAPPSERVICE

Ankomstdag

PERSONUPPGIFTER Sökandes namn	Personsignum
Adress	Telefon dagtid
Postnummer- och anstalt	Varaktig boendekommun
Yrke	e-postadress
Familjeförhållande: <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> ensamboende <input type="checkbox"/> änka/änkling <input type="checkbox"/> barn/ungdom	
Födelseår för barn som bor hemma:	
Sökandes skada eller sjukdom	
Bank och kontonummer	
VAD ANSÖKS	
SÖKANDES MOTIVERING (Beskriv på vilket sätt det man söker, är nödvändigt för vardagen).	
UNDERSKRIFT OCH SAMTYCKE På samma gång ges samtycke till att beslutande myndighet får skaffa upplysningar som behövs för beslutsfattandet	
_____ Datum	_____ Underskrift
Kontaktperson	
Bilagor: <input type="checkbox"/> läkarintyg <input type="checkbox"/> annat expertutlåtande <input type="checkbox"/> kostnadsförslag <input type="checkbox"/> övrig bilaga	