



Val av hemtjänstutförare

Personuppgifter

Namn		Personnummer
Telefon	Mobiltelefon	

Ombud/God man/Förvaltare

Namn	Telefon
Postadress	Mobiltelefon
Typ av ställföreträdare <input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare	Har du i ditt förordnande uppdraget att bevaka rätt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Mitt val av hemtjänstutförare

<input type="checkbox"/> Jag väljer..... för att utföra personlig omvårdnad och service
<input type="checkbox"/> Jag väljer..... för att utföra personlig omvårdnad
<input type="checkbox"/> Jag väljer..... för service det vill säga städ, tvätt och inköp
<input type="checkbox"/> Jag avstår att välja hemtjänstutförare, det innebär att jag blir tilldelad någon av hemtjänstutförarna som Härnösands kommun godkänt

Namnteckning _____

Namnförtydligande	Datum
-------------------	-------

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL. Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltning/nämnd. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

Blanketten skickas till

Härnösands kommun
Socialförvaltningen/Biståndsenheten
871 80 Härnösand