***Arvidsjaurs kommun***
***Árviesjávrien kommuvdna***

**Ansökan mottagen**

# *ANSÖKAN*

*Namn*: _____

*Personnummer*: _____

*Adress*: _____

*Telefonnummer:* _____

*Övrigt*: _____

JAG ANSÖKER OM:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

*SAMTYCKE*
Jag samtycker till att uppgifter för bedömning av ansökan får hämtas från socialtjänst samt hälso- och sjukvård i kommun och landsting.

_____ _____
Datum Sökandes underskrift