

Ansökan om Må-bra-check**Sökande (anhörigvårdare/närståendevårdare)**

| | |
|---|--------------|
| Sökandens namn | Personnummer |
| Gatuadress, postnummer och ort | Telefon |
| Sökandens bank och kontonummer med clearing | |

Anhörig/närstående (Den som vårdas)

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Namn | Personnummer |
| Gatuadress, postnummer och ort | Telefon |

Uppgifter om anhörig/närstående (Den som vårdas)

Den som vårdas har en långvarig sjukdom och/eller funktionsnedsättning. Ange här, vad (diagnos eller dylikt):

Den som vårdas behöver och får stöd-, service-, vård- eller omsorgsinsatser av anhörigvårdare/närståendevårdare.

Ja Nej

Beskriv här, vad du avser använda checken till:

| |
|--|
| |
|--|

Sökandens försäkran

Jag bor i samma bostad med den som jag vårdar i enlighet med denna ansökan. Ja Nej

Uppgifter i denna ansökan är riktiga

| | |
|-----------------------|-------|
| Sökandens underskrift | Datum |
|-----------------------|-------|