

Socialförvaltningen
196 81 Kungsängen

Ansökan om Må-bra-check

Sökande (anhörigvårdare/närståendevårdare)

Sökandens namn	Personnummer
Gatuadress, postnummer och ort	Telefon

Sökandens bankuppgifter

Sökandens bank, clearingnummer och kontonummer
--

Anhörig/närstående (Den som vårdas)

Namn	Personnummer
Gatuadress, postnummer och ort	Telefon

Uppgifter om anhörig/närstående (Den som vårdas)

<input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

Uppgifter i denna ansökan är riktiga

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