Lumparlands kommun

ANSÖKAN OM BOSTAD VID SERVICEHUSET KAPELLHAGEN

Namn: _____

Födelsetid:_____

Nuvarande adress: _____

Telefon: _____

Närmaste anhörig: _____

Flyttningsorsak (gör en utförlig beskrivning av orsaken till behovet av att flytta till Kapellhagen):

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Ort och datum Underskrift

Ansökan riktas till: Äldreomsorgen i Lumparland, Kyrkvägen 26, 22630 Lumparland

Socialförvaltningen
Kyrkvägen 26
22630 Lumparland

Telefon: 018-359 042 (Kapellhagen ESB)
Fax: 018-35756
E-post: info@lumparland.ax FO-nummer: 0205038-6