



## Återtagande av ansökan

### Personuppgifter sökande

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

### Personuppgifter medsökande (make, maka, sammanboende, registrerad partner)

Namn	Personnummer
------	--------------

### Återtagande av ansökan enligt socialtjänstlagen

<input type="checkbox"/> Hemtjänst (i form av):..... <input type="checkbox"/> Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Dagverksamhet <input type="checkbox"/> Ledsagarservice <input type="checkbox"/> Korttidsboende <input type="checkbox"/> Växelvård <input type="checkbox"/> Särskild boendeform <input type="checkbox"/> Annat:.....
---

### Återtagande av ansökan gjord av (markera med kryss)

Den sökande	God man
Företrädare	Förvaltare

### Godkännande för återtagande av ansökan

..... Namnteckning	Datum
-----------------------	-------

Återsändes till:  
Strängnäs Kommun  
Myndighet och Bistånd  
Nygatan 10  
645 80 Strängnäs