

Medgivande

Jag medger att uppgifter för bedömning av detta ärende får inhämtas från:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen |
| <input type="checkbox"/> Landstingets sjukvård och psykiatri | <input type="checkbox"/> Individ- och familjeomsorgen, Lessebo |
| <input type="checkbox"/> Barn- och vuxenhabiliteringen | <input type="checkbox"/> Hemsjukvården, Lessebo |
| <input type="checkbox"/> Annan | <input type="checkbox"/> Arbete och integration, Lessebo |

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Underskrift sökande:

Datum

Namnteckning

Ansökan skickas till:
Lessebo kommun
Socialförvaltningen
Myndighetshandläggare
Box 13
360 50 Lessebo