



KARLSTADS KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Biståndskontoret

Valblankett personlig assistans

Valet avser:

Nyval

Önskar ej välja (utförare tilldelas enligt turordningslista)

Jag väljer följande utförare av personlig assistans:

Ort och datum _____

Underskrift (Kund) _____

Namnförtydligande _____

Personnummer _____

God man eller annan företrädare

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Telefon _____

Skicka blanketten till:

Karlstads kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Biståndskontoret
651 84 Karlstad