

Ifylls av handläggare

Diarienummer	Datum
--------------	-------

**Skickas till:**

Växjö kommun  
Omsorgsförvaltningen  
Kommunrehab  
Box 1222  
351 12 Växjö

**1. Den funktionsnedsattes uppgifter**

Namn	Personnummer
Adress där bidrag söks	
Postnummer och postort	Telefon

**2. Uppgifter om**

Vårdnadshavare     Ombud (bifoga fullmakt)     Förvaltare/god man (bifoga förordnandet)

Namn	Personnummer
Adress	
Postnummer och postort	Telefon
E-postadress	Mobil

**3. Bidrag söks för:****Glöm inte bifoga faktura**

- Reparation av \_\_\_\_\_
- Service av \_\_\_\_\_
- Besiktning av \_\_\_\_\_

**4. Om bidrag beviljas vill jag att detta överförs till konto:**

Bankens namn:	
Clearing nummer:	Kontonummer:

Underskrift

Ort och datum

Namnförtydligan

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen, (GDPR). Jag medger att mitt ärende med personuppgifter får registreras av kommunen för diarium, handläggning och arkivering.  
<https://www.vaxjo.se/sidor/politik-och-demokrati/dataskyddsförordningen-gdpr.html>