

Samtycke för (namn och personnummer)

Jag godkänner att uppgifter som är nödvändiga för utredning av min ansökan i annan kommun och som är sekretessbelagda i Östhammars kommun på Enheten för äldre och bistånd, får delges till handläggare i

..... kommun.

JA

NEJ

.....
Datum Underskrift

Företrädare såsom god man/förvaltare, fullmaktshavare alternativt anhörig med anhörigbehörighet

.....
Datum Underskrift

Bevittnas av följande personer

.....
Datum Underskrift Datum Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Namnförtydligande