

**Samtycke för (namn och personnummer)**

Jag godkänner att uppgifter som är nödvändiga för utredning av min ansökan och som är sekretessbelagda hos Försäkringskassan, Regionen samt från annan kommun eller myndighet får inhämtas av biståndshandläggare i Östhammars 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