



Smøla kommune

Postboks 34

6571 Smøla

## SØKNAD OM TJENESTER I HOPEN BOFELLESSKAP

Søkers navn:	Fødselsdato:
Adresse:	Telefon:
Pårørende:	Telefon:
Adresse	

SØKNAD OM BOLIG	Kryss av	Fra dato:
Hopen		

SØKNAD OM BOVEILEDNING/AVLASTNING	Kryss av	Fra dato:	Omfang av tjenesten

### OPPLYSNINGER FRA SØKER:

--

Herved gis fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger om	
Helsemessig tilstand:	<input type="checkbox"/>
Inntekt ved tildeling av boveiledning:	<input type="checkbox"/>

Dato: ..... Underskrift fra søker: .....

Søknaden sendes  
Smøla kommune  
Postboks 34  
6571 Smøla