



Mellersta Österbottens social- och  
hälsovårdssamkommun

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite

## **Ansökning om specialomsorger som är oberoende av en persons vilja**

### **Mottagare**

Namn:

Adress:

Telefonnummer:

E-postadress:

### **Klient**

Namn:

Personbeteckning:

Adress:

Telefonnummer:

E-postadress:

Vårdnadshavare:

Intressebevakare:

### **Sökande**

Namn:

Personbeteckning:

Uppgiftsbenämning:

Organisation:

Adress:

Telefonnummer:

E-postadress:

Motiveringarna för ansökningen:

Mer information:

Lista över bilagor:

**Skribent**

Namn:

Uppgiftsbenämning:

Organisation:

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

**Ansökningen skickas till:**

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite, Handikapptjänstbyrån,  
Mariegatan 16 – 20, 67200 Karleby

En sekretessbelagd myndighetshandling, 24.1 § punkt 25 i lagen om offentlighet i  
myndigheternas verksamhet, 14 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom  
socialvården

Blanketten slutar här.