



Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Anmälan om stödpersonsverksamhet, funktionshinderservice

För tiden (månad och år):

Stödpersonens namn:

Personbeteckning:

Telefonnummer:

Bankkonto:

Namnet på den som stöds:

Tidpunkten för stöddagar	Timmar	Kilometer	Mer information

Tidpunkten för stöddagar	Timmar	Kilometer	Mer information

Ort och datum

Stödpersonens underskrift och namnförtydligande

Ort och datum

Den stödbehövandes underskrift och namnförtydligande

Anmälan om stödpersonsverksamhet skickas till adressen:

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Byrån för funktionshinderservice

Mariegatan 16-20, 67200 Karleby