

Vård- och omsorgsförvaltningen

Ansökan skickas till:
Katrineholms kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Avgiftshandläggare
641 80 KATRINEHOLM

Ansökan om reducerad omvårdnadsavgift vid dubbla boendekostnader vid flytt till vård- och omsorgsförvaltningens boenden

Personuppgifter

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postadress	Telefonnummer

Bostadsuppgifter

Flyttat till särskilt boende	Datum för inflyttning
Tidigare adress	Tidigare hyresvärd
Söker om reducerad avgift vid dubbla boendekostnader för månaderna <i>(som mest kan du söka för tre månader)</i>	

Underskrift sökande

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Namn på eventuell annan uppgiftslämnare

Datum	Namnteckning
Telefonnummer	

Till ansökan ska bifogas:

- Inkomstförfrågan för beräkning av avgift
- Kopia på hyresavi för den tidigare bostaden
- Kopia på uppsägning av hyresrätt
- Ekonomisk översikt på alla konton
- Om du äger en bostadsrätt eller villa ska du kunna visa att försäljningen är påbörjad.

**Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).
Du kan läsa mer på katrineholm.se/personuppgifter.**

Behöver du hjälp eller har frågor? Ring avgiftshandläggare på telefon 0150-575 29/568 09