



Ansøgning

Indsendes til
Myndighedsenheden Amtstue Alle 71 4100 Ringsted

Aflastnings- ophold	Ønsket periode:
	_____ (Max 14 dage)

Ansøger

Fulde navn	Personnummer
Adresse	
Postnummer og by	Telefonnummer
Ægteskabelig stilling <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> samlevende <input type="checkbox"/> samboende	

Den borger som skal på aflastning

Ægtefælles/samlevers/samboendes navn	Personnummer
Adresse	
Postnummer, by	Telefonnummer
Egen læge	Telefonnummer

Modtager den borger som skal på aflastning hjælp?

Modtager borger hjælp fra Ringsted Kommune i form af, personlig hjælp, praktisk hjælp og lignende: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Anden hjælp i huset <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, anfør arten

Begrundelse for ansøgningen

Jeg giver hermed kommunen tilladelse til at indhente foreliggende helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandling af ansøgningen.

Jeg er informeret om, at jeg ifølge Persondataloven har ret til indsigt med de oplysninger, som registreres om mig i forbindelse med min ansøgning, og jeg kan henvende mig om det til kommunen. Hvis der er registreret urigtige oplysninger, kan jeg kræve at få dem berigtiget.

Dato	Ansøgers underskrift
Dato	Den borger som skal på aflastningsopholds underskrift