Åmåls Kommun

# Anhörigstöd kontaktformulär

* Obligatoriska fält

## Beskrivning

| |
|---|
| Här kan du göra en kortfattad beskrivning av ditt ärende |
| Vem vårdar eller stödjer du?* (Du kan endast välja ett alternativ)<br>☐ Make/maka/sambo ☐ Föräldrar<br>☐ Vän/granne ☐ Syskon<br>☐ Barn ☐ Annan |

## Mina uppgifter

| |
|---|
| Förnamn* |
| Efternamn* |
| Telefonnummer* |
| E-post |

## Sökandes underskrift

**Ort och datum**

**Underskrift**

ADRESS
Åmål kommun
Kungsgatan 26
662 31 Åmål

TELEFON / FAX
0532 17000 / 0532 12879

E-POST OCH WEBB
kommun@amal.se
www.amal.se