

Nimi _____

Syntymäaika _____ Siviilisäätty _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Sähköposti _____

Lähin omainen, hänen osoitteensa ja puhelinnumero

Yhteyshenkilö, hänen osoitteensa ja puhelinnumero

Terveydentila

Suositus (viranomaisen / lääkärin ym. lausunto liitteenä) ON ____ EI ____ (rasti)
(ei pakollinen)

Liikkumiskyky _____

Nykyinen asumismuoto _____

Kuukausitulot (netto) _____

Aika ja paikka _____

Allekirjoitus _____

Hakemuksen palautusosoite Imatran Vanhusten ja Eläkeläisten Palvelusäätiö
c/o Imatran Talokeskus Oy
Lappeentie 29 55100 IMATRA

Tiedusteluihin vastaa toimitusjohtaja Heli Hiltula, puh. 0400 550 320