

**Introduktion**

Uppgifter som du behöver ha innan du börjar fylla i detta formulär är:

- * Personuppgifter på fullmaktsinnehavare, god man etc
- * Personnummer och namn på vittnen

Om du väljer att fylla i en papperskopia och skriva under ska den skickas till:

Lidingö stad

Omsorgs- och socialförvaltningen

181 82

Lidingö

För att starta formuläret vänligen tryck på knappen 'Framåt'.

Fullmaktsinnehavare

Härmed ger jag fullmakt åt nedstående person/personer att företräda mig i kontakter med omsorgs- och socialförvaltningen, Lidingö stad när det gäller min ansökan om bistånd och ekonomi knuten till denna.

Fullmakten ska även gälla om jag har inträtt i ett tillstånd där jag inte själv kan råda över mina angelägenheter.

Fullmaktsinnehavare

Det är **endast en person** som skall företräda mig i mina angelägenheter * (Endast ett val)

Ja

Nej

Fullmaktsinnehavare 1

Personnummer *

Fullmaktsinnehavare 2

Personnummer *

Förnamn *

Förnamn *

Efternamn *

Efternamn *

**Fullmaktsgivare****Fullmaktsgivare**

Personnummer *

Förnamn *

Efternamn *

Vittne

Undertecknade som personligen känner fullmaktsgivaren intygar härmed att denne undertecknat fullmakten samt att han/hon har full insikt om fullmaktens innebörd.

Vittnen

Vittne 1 Personnummer *	Vittne 2 Personnummer *
Förnamn *	Förnamn *
Efternamn *	Efternamn *

Underskrift

Datum och ort

Signatur

Namnförtydligande

Datum och ort

Signatur (**Sökande 'Fullmaktsinnehavare'**)

Namnförtydligande

Datum och ort

Signatur (**Sökande 'Vittne'**)

Namnförtydligande

Datum och ort

Signatur (**Sökande 'Vittne'**)

Namnförtydligande