



Mitt val av utförare inom ledsagar- och avlösarservice enligt LSS

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Postadress

Utförare av ledsagarservice

Eken Assistans Lunds kommun

Utförare av avlösarservice

Eken Assistans Lunds kommun

Jag samtycker till att handläggare vid myndighetsfunktionen överför information om mina beviljade insatser gällande ledsagar- och/eller avlösarservice till ovanstående vald utförare.

Lund den _____

Underskrift

Namnförtydligande

Mitt val av utförare skickas till:

Vård- och omsorgsförvaltningen
Myndighetsfunktionen
Box 41
221 00 Lund