



Guldborgsund Kommune
Parkvej 37
4800 Nykøbing F
Tlf. 54 73 10 00

Mandag-onsdag 10.00 - 15.00
Torsdag 10.00 - 17.00
Fredag 10.00 - 12.00
Telefon åbner kl. 09.00

Sendes til		
Guldborgsund Kommune Myndighed Parkvej 37 4800 Nykøbing F.	Dato	Sagsidentifikation
	Ansøgning om midlertidigt døgnophold	

Ansøger

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer
E-mail	
Ansøgerens opholdssted, hvis dette for tiden ikke er hjemmet	

Øvrige medlemmer af husstand og pårørende

Navn - medlem af husstand	Personnummer
Navn - pårørende	Telefonnummer - pårørende
E-mail - pårørende	

Årsag til henvendelsen

Herunder din egen vurdering af din situation, og hvad du forventer, vil blive bedre ved en evt. flytning

Hvem er din læge

Erklæring og underskrift

Jeg erklærer mig bekendt med, at jeg efter retssikkerhedslovens § 11 har pligt til at medvirke til sagens oplysning, og at jeg straks skal underrette kommunen om ændringer i de oplyste forhold, som har betydning for sagen.	virksomheder m.fl. der har lovmæssigt krav på oplysningerne, eller som kommunen samarbejder med.
Kommunen kan indhente oplysninger til sagen fra andre offentlige myndigheder og private virksomheder mv., f.eks. sygehuse, læger og andre personer af sundhedsområdet.	Kommunen kan videregive helbredsmæssige oplysninger til interne samarbejdspartnere, jf. persondataloven § 7.
Kommunen registrerer de modtagne oplysninger og videregiver oplysningerne til andre offentlige myndigheder, private	Du har ret til at få at vide, hvilke oplysninger kommunen registrerer om dig. Du kan kræve forkerte oplysninger rettet. Jeg erklærer mig bekendt med, at en anden person kan medvirke som støtte for mig ved behandlingen af ansøgningen, jf. forvaltningsloven § 8.
Dato og underskrift	