



ANSÖKAN OM HANDIKAPP-/TOLKSERVICE

Till socialnämnden i _____

Sökande:

Namn: _____

Födelseid: _____

Adress: _____

Kommun: _____

Telefon: _____

Person i behov av handikapp-/tolkservice:

Namn: _____

Födelseid: _____

Adress: _____

Kommun: _____

Telefon: _____

Ansökan gäller:

- Kursverksamhet (t.ex. tecken som stöd)
- Rekreation
- Arbete
- Studier
- Annat _____

Datum

Ort

Sökandens underskrift

TILL MYNDIGHETEN:

Skicka en kopia på tolkbeslutet till:

Ålands handikappförbund r.f.

Teckenspråkstolk Ann-Charlotte Åkergård

Skarpansvägen 30

22100 Mariehamn

Tel. 018-527 367

E-post: ann-charlotte.akergard@handicampen.ax