



TRANÅSKOMMUN

**Ansökan Pluspolarkort**

|                                                                                                                                                                                                                                              |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Förnamn:                                                                                                                                                                                                                                     | Efternamn:  |
| Personnummer                                                                                                                                                                                                                                 |             |
| Adress:                                                                                                                                                                                                                                      |             |
| Postnummer:                                                                                                                                                                                                                                  | Postadress: |
| Telefon:                                                                                                                                                                                                                                     |             |
| E-post                                                                                                                                                                                                                                       |             |
| Referensperson som kan intyga funktionsnedsättning (ej släkting)                                                                                                                                                                             |             |
| Finns det behov av mer än en Pluspolare vid samma tillfälle?                                                                                                                                                                                 |             |
| Telefon (referensperson)                                                                                                                                                                                                                     |             |
| E-post (referensperson)                                                                                                                                                                                                                      |             |
| Organisation (referensperson)                                                                                                                                                                                                                |             |
| <input type="checkbox"/> Jag godkänner att mina personuppgifter hanteras och behandlas av Tranås Kommun. Läs mer om hur vi hanterar dina personuppgifter enligt GDPR:<br><a href="https://www.tranas.se/gdpr">https://www.tranas.se/gdpr</a> |             |

**Ort och datum**

**Namnteckning**

**Namnförtydligande**