



SAMVERKANSFÖRFRÅGAN
till Vuxenhabiliteringen i Örebro län

Inkom: _____

Datum:

Förfrågan enligt tidigare fastställd överenskommelse om samverkan mellan kommunens verksamheter och Vuxenhabiliteringen.

Kontaktperson (namn, adress, ort):	Telefon: E-post:
------------------------------------	-------------------------

Förfrågan gäller:

LSS-boende

Utbildning

Personlig assistans

Övrigt

Konsultation

Boendestöd

Daglig verksamhet

Beskrivning:

Signatur: