



Datum:

1 Ansökansuppgifter

Förnamn:		Efternamn:	
Personnummer:			
Telefonnummer:		E-post:	
Adress:	Postnummer:	Postort:	

2 Hur ofta används spisen?

<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Aldrig
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

3 Vilken typ av spis används?

<input type="checkbox"/> El	<input type="checkbox"/> 1-faser	<input type="checkbox"/> 3-faser	<input type="checkbox"/> Vet ej
<input type="checkbox"/> Gas			
<input type="checkbox"/> Induktion			

4 Vad används spisen till?

<input type="checkbox"/> Laga mat	<input type="checkbox"/> Värma mat	<input type="checkbox"/> Koka kaffe/eller te
-----------------------------------	------------------------------------	--

5 Har du funktionshinder så som grov synnedsättning eller minnesförlust?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------

6 Underskrift av sökande

Ansökningsdatum

Underskrift av sökande

Namnförtydligande