



För- och släktnamn / Etu- ja sukunimi:	
Adress / Osoite:	
Telefon / Puhelinnumero:	
Kontonummer IBAN / Tilinumero IBAN	
Personbeteckning / Henkilötunnus:	
Handikappets eller sjukdomens art / Vamman tai sairauden laatu:	
Behöver personlig hjälp (syn-, CP- eller utvecklingsstörd)	ja / kyllä
Avustajan mukanaolo välttämätön (näkö-, CP- tai kehitysvamma)	nej / ei
Kod på FPA-kortet / Kelakortin tunnus:	Kontrollerad / Tarkastettu _____
Uppgifter som gäller mig kan kontrolleras på byrån för äldre och handikappade vid bastrygghetscentralen	
	ja / nej nej / ei
Minua koskevia tietoja voi tarkistaa perusturvan vanhus- ja vammaispalvelutoimistosta	
Ort och datum / Paikka ja aika	
Den sökandes underskrift / Hakijan allekirjoitus	

Returneras till / Palautus osoitteella:

Kronoby kommun
Fritidsbyrån
Säbråvägen 2
68500 KRONOBY

Kruunupyyn kunta
Vapaa-aikatoimisto
Säbräntie 2
68500 KRUUNUPYY