



## FULLMAKT

Härmed ger jag följande person fullmakt att företräda mig i ärende som rör min/mina

Ansökan

Pågående Insatser

Hyror/Avgifter

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Fullmakten gäller tills vidare. För att återta fullmakten kontaktas Biståndsenheten

Datum \_\_\_\_\_

Sökandens underskrift

---

**Fullmakten skickas till:**

Biståndsenheten

Trollhättans Stad

Box 981

461 29 TROLLHÄTTAN