



Socialförvaltningen

ANSÖKAN

Särskilda

Datum

Insatser LSS

.....

Sänds till

.....

.....

.....

Efternamn och alla förnamn

Personnummer

Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)

Telefon (även riktnr)

Beskrivning funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (T ex förflyttning, personlig hygien)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Insats/Insatser som begärs

- Rådgivning, personligt stöd
- Personlig assistent eller ekonomiskt stöd
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidsvistelse för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig
- 10§ Individuell plan

Sökande

Den sökande är

- Den funktionshindrade Vårdnadshavare Förvaltare God man

Underskrift

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från försäkringskassan och sjukvården

Sökandes underskrift

Ja

Nej

.....

Behjälplig vid upprättandet

Namnsteckning

.....

Namnförtydligande

.....

Telefon (även riktnr)

.....

Utdelningsadress

.....

Postnummer och postadress

.....