

Ansökan om särskilda insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindare, LSS

Datum för ansökan: _____

Personuppgifter

| | |
|---|---------------------------|
| Efternamn och alla förnamn | Personnummer |
| Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort) | Telefon (även riktnummer) |

Ansökan gäller

- Rådgivning, personligt stöd
- Personlig assistens eller ekonomiskt stöd
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avläsarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstilsyn 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 särskild anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

Beskrivning

| |
|--|
| Funktionshinder (kort beskrivning) |
| |
| |
| |
| |
| Behov av hjälp (t.ex förflyttning, personlig hygien) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| Praktisk situation (hur fungerar vardagen) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Sökande

Den sökande är

Den funktionshindrade Vårdnadshavare God man Förvaltare

Den sökandes underskrift

Namnsteckning

| |
|--|
| |
|--|

Behjälplig vid upprättandet

| | |
|------------------|---------------------------|
| Namnteckning | Namnförtydligande |
| | Telefon (även riktnummer) |
| Utdelningsadress | Postnummer och postort |

Medgivande

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömning av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänst.

Ja Nej

Ansökan sänds till

| |
|------------------------------|
| Handläggare |
| Avdelning |
| Postnummer, postort och gata |