



ANSÖKAN
Datum

Särskilda insatser
enligt LSS

Sänds till: Socialkontoret
Box 79
590 10 Boxholm

Personuppgifter

Efternamn och alla förnamn	Personnummer
Postadress	Telefon

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
- Korttidstillsyn 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

Sökande

Den sökande är
<input type="radio"/> Den funktionshindrade <input type="radio"/> Vårdnadshavare <input type="radio"/> God man <input type="radio"/> Förvaltare

Den sökandes underskrift

Namnteckning

Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Namnförtydligande
	Telefon
Utdelningsadress	Postnummer och postort

Medgivande

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten.
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej