

# ANSÖKAN

Särskilda insatser  
enligt LSS

Datum

.....

Sänds till

.....

.....

.....

## Personuppgifter

Efternamn och alla förnamn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort) <small>☺</small>	Telefon (även riktnummer)

## 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
- Korttidsstillsyn 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 förvärsarbete och som inte utbildar sig

**Sökande**

Den sökande är

- Den funktionshindrade     Vårdnadshavare     God man     Förvaltare

**Den sökandes underskrift**

Namnteckning

**Behjälplig vid upprättandet**

Namnteckning	Namnförtydligande
	Telefon (även riktnummer)
Utdelningsadress	Postnummer och postort

**Medgivande**

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

- Ja     Nej