

**BEGÄRAN OM INSATS ENLIGT LAGEN OM STÖD OCH SERVICE § 9:2-10****Personuppgifter sökande**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon dagtid
Postadress		Telefon kvällstid
E-postadress		Mobiltelefon

Företrädare, vårdnadshavare om barn är under 18 år

Vårdnadshavare 1

Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon dagtid
Postadress		Telefon kvällstid
E-postadress		Mobiltelefon

Vårdnadshavare 2

Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon dagtid
Postadress		Telefon kvällstid
E-postadress		Mobiltelefon

Företrädare om sökande är 18 år eller äldre

Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon dagtid
Postadress		Telefon kvällstid
E-postadress		Mobiltelefon

Behov av tolk, ange språk

--

Ansökan gäller

Insatser

- Personlig assistans 9 § 2
- Ledsagarservice 9 § 3
- Kontaktperson 9 § 4
- Avlösarservice i hemmet 9 § 5
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet 9 § 6
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet, efter skoldagen eller lov 9 § 7
- Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn/ungdomar 9 § 8
- Bostad med särskild service för vuxna 9 § 9
- Daglig verksamhet 9 § 10
- Förhandsbesked (bor på annan ort)
- Har tidigare ansökt/beviljats insatser enligt LSS, Ange kommun _____
- Önskar få en Individuell plan upprättad

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning, kort beskrivning. Kompletteras med läkarintyg/psykologutlåtande och eventuellt ADL (aktiviteter i dagliga livet) funktionsförmåga att göra.

Praktisk situation- hur fungerar vardagen? Behov av hjälp?

Underskrift sökande

Ort och datum	Namnförtydligande
Underskrift	

Underskrift vårdnadshavare

Ort och datum	Ort och datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Underskrift God man/Förvaltare

Ort och datum	Namnförtydligande
Underskrift	

Ansökan skickas till: Socialförvaltningen, LSS-handläggare, Box 87, 732 22 ARBOGA