

Datum

Personuppgifter sökande

Närmast anhörig/Företrädare (Vårdnadshavare/God man/Förvaltare)

Beskrivning

Funktionsnedsättning / sjukdom (kort beskrivning)

Hjälpbehov (t ex förflyttning, personlig hygien)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Insats/insatser som begärs enligt LSS

- Rådgivning och annat personligt stöd
- Personlig assistans
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet:
stödfamilj/korttidshem/annat
Ange det alternativ som begäran avser: _____
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- Boende i familjehem eller i bostad med
särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna;
bostad med särskild anpassad service,
servicebostad, gruppboende
Ange det alternativ begäran avser: _____
- Daglig verksamhet

Jag/vi godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från försäkringskassa, region/landsting och annan kommun/kommundel.

Ja Nej

Ort och datum

Sökandes underskrift

Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning

Namnförtydligande

Telefon

Återsänd ifylld ansökan till LSS-handläggaren på din kommun.