



ANSÖKAN OM INSATSER ENLIGT LSS

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Ansökan om insatser enligt 9 § LSS, med undantag av råd och stöd

Namn		Personnummer	
Adress			
Telefonnummer, hem		Telefonnummer, dagtid	

Jag ansöker om följande insatser:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 9 § 2 Personlig assistans | <input type="checkbox"/> 9 § 3 Ledsagarservice |
| <input type="checkbox"/> 9 § 4 Kontaktperson | <input type="checkbox"/> 9 § 5 Avlösarservice i hemmet |
| <input type="checkbox"/> 9 § 6 Korttidsvistelse utanför hemmet | <input type="checkbox"/> 9 § 7 Korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år |
| <input type="checkbox"/> 9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar | |
| <input type="checkbox"/> 9 § 9 Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna | |
| <input type="checkbox"/> 9 § 10 Daglig verksamhet | <input type="checkbox"/> 10 § Individuell plan |
| <input type="checkbox"/> 16 § Förhandsbesked | |

Övriga upplysningar

--

Jag accepterar att de uppgifter som är nödvändiga för bedömning av min rätt till den insats jag begärt får inhämtas och utlämnas till landstinget och/eller försäkringskassan.

Ort och datum
Sökandes underskrift

Underskrift vårdnadshavare	Telefonnummer, dagtid
Underskrift vårdnadshavare	Telefonnummer, dagtid

Vid gemensam/delad vårdnad ska båda vårdnadshavare skriva under.

Behjälplig vid upprättande av ansökan

Namn	Relation till den sökande	
Adress	Telefonnummer, hem	Telefonnummer, dagtid

Skicka den ifyllda ansökan till: Biståndsbedömare LSS, Åsele kommun, 919 85 ÅSELE. Tel: 0941-141 73