



## Ansökan om insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ( LSS )

Insändes till adressen längst ner på sidan

### Personuppgifter (den sökande)

Sökande, för- och efternamn	Personnummer
Adress	Postadress
E-postadress	Telefon

### Företrädare

Vårdnadshavare     God man/förvaltare     Person med fullmakt

Företrädare för-och efternamn	Personnummer
Adress	Postadress
E-postadress	Telefon

### Ansökan avser följande insats/insatser enligt 9 § LSS

<input type="checkbox"/> Biträde av personlig assistent	<input type="checkbox"/> Ledsagarservice	<input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet	<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar	<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet

### Diagnos/hjälpbbehov, beskriv orsaken till behovet av insatser (vid behov av mer utrymme, fortsätt på sid 2)

--

### Namnteckning

Ort och datum	
Sökande/Företrädare, namnteckning	Namnförtydligande

**Beskriv orsaken till behovet av insatser (fortsättning)**

Biståndshandläggare  
Övertorneå Kommun  
Stöd- och omsorgsförvaltningen  
957 85 Övertorneå  
Tel: 0927-720 00 vxl

|