



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

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

Beskriv orsaken till behovet av insatser (fortsättning)

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

|