



SVEDALA KOMMUN

Ansökan om särskilda insatser enligt LSS

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon

Insats/insatser som begärs

<input type="checkbox"/> Rådgivning, personligt stöd
<input type="checkbox"/> Personlig assistent eller ekonomiskt stöd
<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 barn över 12 år utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)
Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien)



SVEDALA KOMMUN

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Diagnos

Ansökan ska kompletteras med läkarintyg eller psykologbedömning som styrker diagnosen

Intyg bifogas

Inkommer med intyg vid senare tillfälle

Sökande

Den sökande är

Den funktionshindrade

Vårdnadshavare

God man

Förvaltare

Den sökandes underskrift

Datum

Namnteckning

Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning

Namnförtydligande

Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)

Telefon

Medgivande

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten

Ja

Nej

Ifylld blankett skickas till

Svedala kommun
Vård och omsorg
233 80 Svedala