



Ansökan om insatser enligt LSS

Personuppgifter sökande

Namn

Personnummer

Adress

.....

Telefon bostad

Telefon arbete

Mobiltn

E-post

Anhörig/Företrädare

.....

Namn

.....

Adress

.....

Telefon bostad

Telefon arbete

Mobiltn

E-post

.....

Namn

.....

Adress

.....

Telefon bostad

Telefon arbete

Mobiltn

E-post

Beskrivning

Funktionsnedsättning / sjukdom (kort beskrivning)

.....

.....

.....

SOCIALFÖRVALTNINGEN

186 86 VALLENTUNA

BESÖK: TORGGATAN 11

TFN: 08-587 850 00

SF@VALLENTUNA.SE

VALLENTUNA.SE



Insats/insatser som begärs enligt LSS

- 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 som begäran avser:.....
- Daglig verksamhet

Jag/vi godkänner att de uppgifter som behövs för detta beslut får inhämtas från

- Försäkringskassan
- Habiliteringen
- Sjukvården
- Arbetsförmedlingen
- Annan kommun

.....
Ort och datum.....
Sökandes underskrift**Behjälplig vid upprättandet**.....
Namnteckning.....
Namnförtydligande.....
Telefon

Återsänd ifylld ansökan till LSS-handläggaren på din kommun.

SOCIALFÖRVALTNINGEN

186 86 VALLENTUNA
BESÖK: TORGGATAN 11
TFN: 08-587 850 00
SF@VALLENTUNA.SE
VALLENTUNA.SE



**Vallemtuna
kommun**