

Ansökan om särskilda insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Sökandes namn	Personnummer
Adress	Telefon bostad/mobilnummer
Postnummer och postort	E-postadress
*Eventuell god man/förvaltare, ombud	Telefon bostad/mobilnummer
Adress	
Behjälplig vid ansökan, namn	Telefon bostad/mobilnummer
Adress	

* kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud skall bifogas ansökan

Beskrivning

Funktionshinder/diagnos (kort beskrivning, styrks av läkarintyg och/eller psykologutlåtande)

Jag behöver hjälp med följande:

--

Insats/insatser som begärs:

- Rådgivning och annat personligt stöd
- Personlig assistent
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 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
- Daglig verksamhet

Sökanden

Den sökanden är:

- Personen själv Vårdnadshavare Förvaltare God man

Underskrift

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från försäkringskassan, regionen och kommunen

- Ja
 Nej

Underskrift (av den sökande/god man/förvaltare/båda vårdnadshavarna)

Datum:

Datum:

Underskrift:

Underskrift:

Skicka ansökan till:

Arvika kommun
40. Vård och omsorg
671 81 Arvika

Telefon: 0570-816 00**Besöksadress:**
Östra Esplanaden 5
671 31 Arvika

Arvika kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordning GDPR och den svenska kompletterande lagen för dataskydd. För mer information om Arvika kommuns hantering av personuppgifter besök vår webbplats www.arvika.se/dataskydd.