

Verksamheten
Stöd och omsorg

ANSÖKAN OM INSATSER

-enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Personuppgifter

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Telefonnummer:
Postnummer:	Mailadress:
Ort:	

Beskrivning

Det här funktionshindret har jag:
Det här behöver jag hjälp och stöd med:
Praktisk situation – hur vardagen fungerar:

Arjängs kommun

Postadress
Stöd och omsorg
Box 906
672 29 Årjäng

Besöksadress
Nertomtvägen 4

Telefon
0573-141 54
Fax
0573-123 45

E-post
ifo@arjang.se
Webbplats
www.arjang.se

Organisationsnr
212000-1835
Bankgiro
117-3244

Den här/de här LSS-insatserna ansöker jag om

(ringa in de insatser som Du ansöker om)

9.2 Personlig assistent eller pengar till en personlig assistent

9.3 Ledsagarservice

9.4 Kontaktperson

9.5 Avlösarservice i hemmet

9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

9.7 Korttidsstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet

9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar, som behöver bo utanför föräldrahemmet

9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna

9.10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig (gäller personkrets 1 och 2)

10 Begäran om individuell plan (gäller då man beviljats LSS-insatser)

OBS! Skicka gärna med intyg eller utredning som gäller ditt funktionshinder, då kan vi utreda och besluta snabbare

Godkännande

För att kunna ta hand om Din ansökan behöver vi ibland kontakt med andra myndigheter.

Jag godkänner att Ni får hämta upplysningar om mig hos Försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården, skola eller från en annan kommun.

Ja **Nej**

Underskrift

Jag som gör denna ansökan är:

Den enskilde/brukaren	God man	Förvaltare	Vårdnadshavare
------------------------------	----------------	-------------------	-----------------------

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Telefonnummer: _____

Gatuadress: _____ **Postnummer:** _____ **Ort:** _____

(Om ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda föräldrarna skriva under)

Medhjälpare

Jag som hjälpt till att göra denna ansökan är:

God man	Förvaltare	Annan: _____
----------------	-------------------	---------------------

Namn: _____ **Telefonnummer:** _____

Gatuadress: _____ **Postnummer:** _____ **Ort:** _____

Ansökan skickas till: Årjängs kommun, Box 906, 672 29 Årjäng

