

## Ansökan om särskilda insatser enligt 9 § LSS

### Personuppgifter

Namn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon

### Insats/insatser som sökes

<input type="checkbox"/> Förhandsbesked enligt 16§ LSS
<input type="checkbox"/> 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 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)



Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

### Diagnos

Ansökan ska kompletteras med läkarintyg eller psykologbedömning som styrker diagnosen samt beskriver funktionshindret

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

### Samtycke

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

Ja

Nej

**Ifylld blankett skickas till**

**Burlövs kommun  
Socialförvaltningen, Myndighetsenheten  
Box 53  
232 21 Arlöv**