

Ansökan om särskilda insatser enligt 9 § LSS

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon

Insats/insatser som sökes

- ☐ Rådgivning, personligt stöd
- ☐ Personlig assistent
- ☐ Ledsagarservice
- ☐ Biträde av kontaktperson
- ☐ Avlösarservice i hemmet
- ☐ Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- ☐ Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- ☐ Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- ☐ Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- ☐ 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**