

Jag ansöker om

- Personlig assistent, omfattning
- Ledsagarservice, omfattning
- Kontaktperson, omfattning
- Avlösarservice, omfattning
- Daglig verksamhet

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet:

- Korttidshem, omfattning
- Stödfamilj, omfattning
- Lägervistelse, period
- Korttidstillsyn (för skolungdomar över 12 år), omfattning

Boende barn och ungdom:

- Boende i familjehem eller bostad med särskild service
- Elevhem

Boende vuxna:

- Bostad med särskild service för vuxna

Individuell plan enligt 10 § LSS:

- Ja, jag vill att en plan upprättas
- Nej, jag vill inte upprätta en plan
- Jag önskar mer information

Medgivande

Jag medger att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av rätt till begärda insatser och som är sekretessbelagda får inhämtas av LSS-handläggare i Sollefteå kommun från:
(Sätt ett kryss i de rutor medgivandet gäller för)

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> Psykiatrin |
| <input type="checkbox"/> Sjukvården | <input type="checkbox"/> Socialtjänsten |
| <input type="checkbox"/> Barn/Ungdom/Vuxenhabiliteringen | |
| <input type="checkbox"/> Skolan | |
| <input type="checkbox"/> Anhörig Namn/telefonnummer _____ | |

Information

Insamlade uppgifter kommer att registreras, lagras och användas som underlag för beslut om rätt till begärda insatser.

Uppgifterna behandlas i datamedia.

Berörd personal kan komma att behöva ta del av de delar i utredningen som berör aktuell situation och behovsbedömning.

Underskrift av sökande

.....
Datum

.....
Namnteckning

Om annan än sökanden själv, sätt kryss i lämplig ruta:

- God man
- Förvaltare
- Vårdnadshavare

Namn:

Namn:

Adress:

Adress:

Telefon:

Telefon:

.....
Underskrift

.....
Underskrift

***OBS! Vid gemensam vårdnad, för barn under 18 år,
skall ansökan vara underskriven av båda vårdnadshavarna.***