

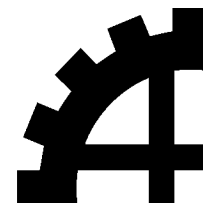
Sökandens namn		Personnummer
Bostadsadress		Telefonnummer (även riktnummer)
Postnummer och ort		
Närmast anhörig	Släktskap	Telefonnummer

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)



Insats/insatser som begärs

- Rådgivning, personligt stöd
- Personlig assistent eller ekonomiskt stöd
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidsvistelse 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

Den sökande är

- Den funktionshindrade
- Vårdnadshavare
- Förvaltare
- God man

Samtycke

Härmed samtycker jag till att de uppgifter som krävs för bedömning av detta ärende får inhämtas/lämnas från/till:

- sjukvården
- socialtjänsten
- försäkringskassan
- anhörig/närstående namn: _____

Underskrift sökande

Datum	Sökandes namnteckning
Behjälplig vid ansökan har varit	Telefonnummer

Följande information lämnas med anledning av Personuppgiftslagen (PuL). I och med din ansökan kommer Dina personuppgifter att registreras för handläggning av ärende. Om du vill ha information om vilka uppgifter som finns registrerade om dig eller om hur uppgifterna används bör du meddela oss skriftligt.

