



**ANSÖKAN**

**Datum**

.....

**Sänds till**

**Laxå kommun  
LSS handläggare  
695 80 Laxå**

**Särskilda**

**Insatser LSS**

**Efternamn och alla förnamn**

**Personnummer**

---

**Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)**

**Telefon (även riktnr)**

---

**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
- 10§ Individuell plan

### Sökande

Den sökande är

- Den funktionshindrade       Vårdnadshavare       Förvaltare       God man

### Underskrift

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från försäkringskassan och sjukvården

**Sökandes underskrift**

Ja

Nej

.....

### Behjälplig vid upprättandet

**Namnsteckning**

.....

**Namnförtydligande**

.....

**Telefon (även riktnr)**

.....

**Utdelningsadress**

.....

**Postnummer och postadress**

.....