



Genom att använda denna blankett godkänner du att din information lagras och bearbetas i register. Du har rätt att begära utdrag, bli raderad och få lämnad information rättad. För mer information, se www.krokom.se/dataskydd.

Ansökan ska vara skriftlig och underskriven

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
E-postadress	
Namn på god man/förvaltare/vårdnadshavare	
Adress	Telefon
E-postadress	

Insats/Insatser enligt 9 § LSS

9 § 1 <input type="checkbox"/> Rådgivning och annat personligt stöd för vuxna
9 § 2 <input type="checkbox"/> Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för personlig assistans upp till 20 timmar/vecka
9 § 3 <input type="checkbox"/> Ledsagarservice
9 § 4 <input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson
9 § 5 <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet
9 § 6 <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
9 § 7 <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
9 § 8 <input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
9 § 9 <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
9 § 10 <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete. Är en sysselsättningsform som ges till grupp 1 och grupp 2 i personkretsen

10 § LSS <input type="checkbox"/> Individuell plan
16 § LSS <input type="checkbox"/> Förhandsbesked

Begäran om insatser enligt 9 § LSS

Vad är ditt/dina funktionsnedsättningar? Hur påverkar det dig i den dagliga livsföringen?

Övriga upplysningar

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras exempelvis från Försäkringskassan, sjukvården och andra tjänstemän inom kommunen.

Ja

Nej

Underskrift

Datum	Namnförtydligande
Sökandes och/eller företrädares underskrift	

Lämna/skicka ansökan till

LSS-handläggare, verksamhetsområde Bistånd
835 80 Krokom
Telefon 0640-161 00