



Datum

Ansökan om särskilda insatser enligt LSS

.....

**Personuppgifter**

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Utdelningsadress, postnummer och postort	Telefonnummer
--	---------------

**Beskrivning**

Funktionshinder (kort beskrivning)

--

Behov av hjälp (exempelvis förflyttning och personlig hygien)

--

Praktisk situation (beskriv hur vardagen fungerar)

--

### Insats/insatser som begärs enligt LSS

- Rådgivning, personligt stöd
- Personlig assistent eller ekonomiskt stöd
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför 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 anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet

### Sökande

<input type="checkbox"/> Den enskilde	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
---------------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------

### Sökandens underskrift

Namnteckning	Namnförtydligande
--------------	-------------------

### Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postadress
Telefon	E-postadress

### Medgivande

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland ta kontakt med andra myndigheter.

Jag godkänner att ni får hämta uppgifter om mig hos Försäkringskassan, Socialtjänsten, sjukvården eller från annan kommun.

- Ja  Nej

**ANSÖKAN SKICKAS  
TILL LSS  
Hagfors kommun  
683 80 Hagfors**