


Ansökan om insatser enligt 9 § LSS

Datum

.....

 Högsby kommun
 579 80 Högsby
 0491-290 00

Sökande

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnr)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

Företrädare för den sökande (vårdnadshavare om barnet är under 18 år)
Vårdnadshavare 1

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnr)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

Vårdnadshavare 2

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnr)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

Företrädare för den sökande (om sökanden är 18 år eller äldre)
God man/förvaltare

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnr)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

Behov av tolk

Ange språk



Högsby kommun

Insatser

- Rådgivning och personligt stöd (9 § 1) (ansökan om dessa insatser görs hos landstinget)
- Personlig assistent (9 § 2)
- Ledsagarservice (9 § 3)
- Kontaktperson (9 § 4)
- Avlösarservice i hemmet (9 § 5)
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet (9 § 6)
- Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov (9 § 7)
- Familjehem/bostad med särskild service för barn och ungdomar (9 § 8)
- Bostad med särskild service för vuxna/annan särskilt anpassad bostad för vuxna (9 § 9)
- Daglig verksamhet (9 § 10)
- Jag/vi vill rådgöra med handläggare angående lämplig insats
- Jag har tidigare ansökt eller fått insatser enligt LSS

Ange kommun

Nuvarande insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen (t.ex. hemtjänst, boendestöd)

- Inga nuvarande insatser

Funktionsnedsättningen

Funktionsnedsättning (kort beskrivning)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Behov av hjälp (t.ex. förflyttning, personlig hygien)

Högsby kommun

Information om medgivande

Om den sökande lämnar sitt medgivande till att uppgifter får inhämtas från andra myndigheter, organisationer eller personer ska det tydligt framgå vilka som får kontaktas och i vilket syfte. Medgivandet lämnas i samråd mellan den sökande och handläggaren.

Underskrifter

Sökandens underskrift

Namnförtydligande

Vårdnadshavarens underskrift

Namnförtydligande

Gode manns/förvaltarens underskrift

Namnförtydligande

Vårdnadshavarens underskrift

Namnförtydligande
