

Datum: _____

Ansökan avser:

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer, Ort
Anhörig: namn, telefonnummer	Anhörig: namn, telefonnummer

Jag ansöker om:

- Personlig assistent 9:2 Ledsagning 9:3 Kontaktperson 9:4
- Avlösarservice i hemmet 9:5 Korttidsvistelse 9:6 Korttidstillsyn 9:7
- Boende för barn/ungdom 9:8 Boende för vuxna 9:9 Daglig verksamhet 9:10

Berätta kortfattat varför du ansöker om insatsen/erna.

Härmed samtycker jag att erforderliga uppgifter vid bedömning av ärendet får inhämtas från försäkringskassan, sjukvård och socialtjänst.

- Ja Nej

Ort / Datum: _____

Sökandes underskrift: _____

Uppgifterna kommer att databehandlas.

Ansökan skickas till: LSS-handläggare, Tingsbacka, 938 81 Arjeplog

Ansökningsanmälan (Fylls i av biståndshandläggaren.)

Ansökan inkom datum: _____

Anmälan mottagen av: _____

Datum och tid för hembesök: _____