



Ansökan om insatser

enligt lagen om stöd och service till
vissa funktionshindrade (LSS)

Ansökan skickas till:
Biståndsenheten
196 81 Kungsängen

.....
Datum

Personuppgifter

Efternamn, förnamn	Personnummer
Gatuadress	E-postadress
Postnummer och ort	Telefonnummer/mobil

Beskrivning

Funktionsnedsättning (Kort beskrivning)

.....
.....
.....

Praktisk situation (Hur fungerar vardagen)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Behov av hjälp (T.ex. förflyttning, personlig hygien, måltider)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ansökan avser (Beskriv med egna ord vad du vill ansöka om)

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Samtycke

Jag tillåter att nödvändiga uppgifter för bedömning av detta ärende får hämtas från Skattemyndigheten och Försäkringskassan.

Jag tillåter också att nödvändiga uppgifter om min situation får lämnas till utföraren för att omvårdnads- och serviceinsatser ska kunna genomföras tryggt och säkert.

Jag samtycker till behandlingen av mina personuppgifter i socialkontorets dataregister.

Sökande

Den sökande är

Den funktionsnedsatta Vårdnadshavare God man Förvaltare

Den sökandes underskrift

Namnsteckning

--

Vårdnadshavare/God man/Förvaltare

Namnsteckning	Namnförtydligande
Gatuadress, postnummer och ort	Telefonnummer/mobil
	E-postadress