



## Begäran om insats enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

### Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer (10 siffror)
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon (även riktnummer)

### Hjälpbehov

Funktionshinder
Fortsätt på baksidan.
Behov av hjälp
Fortsätt på baksidan.

### Vilken form av stöd och service behöver du enligt egen uppfattning?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personlig assistent alt. ekonomiskt stöd för sådan assistans | <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom                                  |
| <input type="checkbox"/> Ledsagarservice  | <input type="checkbox"/> Boende i familjehem/bostad med särskild service för barn/ungdom |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson  | <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service, vuxna                              |
| <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet                                      | <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet   |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför hemmet                              | <input type="checkbox"/> Individuell plan i samb m LSS-insats                            |

*Rådgivning och personligt stöd söks hos Habiliteringen i Mölndal.*

### Underskrift

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från andra myndigheter och sjukvården

Ja                       Nej

**Sökandes underskrift:**

### Behjälplig vid upprättandet

Namnsteckning	Telefon	
Adress	Postnummer och ort	
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare

