

## Ansökan om insatser

Enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

### Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	

### Beskrivning av funktionshinder

**Beskriv ditt hjälpbehov. Vid ansökan om personlig assistans uppskatta antal timmar per dag/vecka**

#### Insats/insatser som begärs:

Personlig assistans eller ekonomiskt stöd, antal timmar/vecka

Ledsagarservice

Biträde av kontaktperson

Avlösarservice i hemmet

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år

Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom

Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna

Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildat sig

Individuell plan

Förhandsbedömning

**Den sökande är:**

Den funktionshindrade

Vårdnadshavare

Förvaltare

God man

**Samtycke:**

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderliga underlag för detta beslut får rekvireras från Försäkringskassan och sjukvården samt habiliteringsteamet.

Ja

Nej

Besked om ansökan önskas senast (*Ansökan ska helst lämnas in tre månader innan*)

**Underskrifter**

Ort och datum	Ort och datum
Sökande	Underskrift behjälplig vid upprättandet
Namnförtydligande	Namnförtydligande
	Adress
	Postnummer och ort
	Telefonnummer

**Ansökan skickas till:**

Omsorgsförvaltningen

Box 201

776 28 Hedemora