



Ansökan skickas till:
Socialförvaltningen
Lilla Edets kommun
463 80 Lilla Edet

Sökande

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

Vårdnadshavare/god man/förvaltare

Efternamn och förnamn	Telefon (även riktnummer)
Postadress (utdelningsadress, postadress, postort)	

Hjälpbehov

Beskriv funktionsnedsättning och orsaken till ditt behov av stöd och service
--

LSS 10 insatser

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rådgivning och personligt stöd (sökas hos landstinget) | <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom |
| <input type="checkbox"/> Personlig assistans alt. ekonomiskt stöd för sådan assistans | <input type="checkbox"/> Boende i familjehem/bostad med särskild service för barn/ungdom |
| <input type="checkbox"/> Ledsagarservice | <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service, vuxna |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson | <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet |
| <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet | |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet | |
- Övrigt**
- Individuell plan § 10 LSS
 Förhandsbesked § 16 LSS

Samtycke

Den sökande godkänner att erforderligt underlag för utredning får rekvireras från
Landstinget Socialtjänsten Försäkringskassan Annan
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja vem/vilka har du varit i kontakt med där aktuell information kan finnas

Behjälplig vid upprättandet

Namn	Telefon (även riktnummer)
Adress	Postnummer och ort

Underskrift

Ort och datum	Sökandes underskrift	<input type="checkbox"/> Den enskilde <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man/förvaltare
---------------	----------------------	---