



Strömsunds
Kommun

Stræjmien tjjelte

Vård- och socialförvaltningen
Box 199
833 22 Strömsund

Begäran om insatser inom stöd- och service till vissa funktionshindrade

Enligt 9 § lag (1993:387)

Ankomstdatum: _____

Handläggare: _____

Personuppgifter sökande

Namn sökande	Personnummer sökande
Telefon sökande	E-post sökande
Adress sökande	Postnummer och postort sökande

Personuppgifter Ställföreträdare – om ansökan fylls i av annan än sökande

Namn (vårdnadshavare 1/ godman/ förvaltare)	Telefon (vårdnadshavare 1/ godman/ förvaltare)
Adress (vårdnadshavare 1/ godman/ förvaltare)	Postnummer och ort (vårdnadshavare 1/godman/förvaltare)
Namn (vårdnadshavare 2)	Telefon (vårdnadshavare 2)
Adress (vårdnadshavare 2)	Postnummer och ort (vårdnadshavare 2)

Den sökande har annat modersmål än svenska

Sydsamiska Annan variant av samiska, ange vilken: _____

Finska Meänkieli Romani chib Jiddish

Annat språk, ange vilket: _____

Med hänvisning till 9 § ”lag om stöd- och service till vissa funktionshindrade” begär jag nedanstående insats

- § 1 Rådgivning och personligt stöd (sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog, logoped, dietist)
Personer över 20 år
- § 2 Biträde av personlig assistent Omfattning: _____
- § 3 Ledsagarservice Omfattning: _____
- § 4 Biträde av kontaktperson
- § 5 Avlösarservice i hemmet Omfattning: _____



Strömsunds
Kommun

Stræjmien tjelte

Vård- och socialförvaltningen
Box 199
833 22 Strömsund

§ 6 Korttidsvistelse utanför hemmet

Lägervistelse

Period: _____

Stödfamilj

Omfattning: _____

Korttidshem

Omfattning: _____

§ 7 Korttidstillsyn för skolungdomar
över 12 år

Omfattning: _____

§ 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service

Familjehem

Elevhem

§ 9 Bostad med särskild service för vuxna

§ 10 Daglig verksamhet

Individuell plan

Ja, jag vill att en individuell plan upprättas

Nej, jag vill inte att en individuell plan upprättas

Jag vill ha information om individuell plan

Eventuella kommentarer och förtydliganden till begäran

Anledning till begäran

Eventuella önskemål om insatsens utformning



Strömsunds
Kommun

Stræjmien tjelte

Vård- och socialförvaltningen
Box 199
833 22 Strömsund

Beskrivning av funktionshinder

Om möjligt diagnos/diagnoser. Skicka med aktuellt läkarintyg som styrker funktionshinder eller diagnos

Underskrifter

Den sökande eller dennes ställföreträdare godkänner att utredning får göras samt att nödvändigt underlag för detta beslut får rekvireras från försäkringskassa/sjukvård/skola/socialtjänst.

Ja

Nej

Datum sökande	Underskrift sökande
Datum (vårdnadshavare 1/ godman/ förvaltare)	Underskrift (vårdnadshavare 1/ godman/ förvaltare)
Datum (vårdnadshavare 2)	Underskrift (vårdnadshavare 2)

Ansökan skickas till

Vård- och socialförvaltningen
Biståndsenheten
Box 199
833 22 Strömsund