

BEGÄRAN OM INSATSER

Enligt 9 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Ankomstdatum

Handläggare

PERSONUPPGIFTER - SÖKANDE

Sökandens namn	Personnummer	Telefon
Adress		

PERSONUPPGIFTER STÄLLFÖRETRÄDARE - om ansökan skrivs av annan än sökande

Namn (vårdnadshavare 1 / god man / förvaltare)	Telefon
Adress	
Namn (vårdnadshavare 2)	Telefon
Adress	

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

§ 1	<input type="checkbox"/> Rådgivning och personligt stöd (sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog, logoped, dietist)	
	Personer över 20 år	
§ 2	<input type="checkbox"/> Biträde av personlig assistent, omfattning
§ 3	<input type="checkbox"/> Ledsagarservice, omfattning
§ 4	<input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson	
§ 5	<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet, omfattning
§ 6	<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför hemmet	
	<input type="checkbox"/> Lägervistelse, period
	<input type="checkbox"/> Stödfamilj, omfattning
	<input type="checkbox"/> Korttidshem, omfattning
§ 7	<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år, omfattning
§ 8	<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller bostad med särskild service	
	<input type="checkbox"/> Familjehem <input type="checkbox"/> Elevhem	
§ 9	<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna	
§ 10	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet	
	<input type="checkbox"/> Ja, jag vill att en individuell plan upprättas	<input type="checkbox"/> Nej, jag vill inte att en individuell plan upprättas
	<input type="checkbox"/> Jag vill ha information om individuell plan	

Eventuella kommentarer och förtydliganden till begäran

Anledning till begäran

Eventuella önskemål om insatsens utformning

Beskrivning av funktionshinder, om möjligt diagnos/diagnoser. Skicka med aktuellt läkarintyg som styrker funktionshinder eller diagnos.

UNDERSKRIFTER

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

Ja Nej

.....
Datum

.....
Sökandens underskrift

.....
Vårdnadshavare 1*

.....
Vårdnadshavare 2*

**Observera att båda vårdnadshavarna måste skriva under*

.....
God mans underskrift

.....
Förvaltarens underskrift