



BRÄCKE KOMMUN

Vård och omsorg

Box 190

840 60 BRÄCKE

Ansökan om stöd och service enligt LSS 9 §:

Personuppgifter:

Namn: _____

Personnummer: _____ Telefon: _____

Gatuadress: _____

Postnummer och ort: _____

Insats/Insatser som begärs:

- 9.1 Rådgivning, personligt stöd
- 9.2 Personlig assistans
- 9.3 Ledsagarservice
- 9.4 Kontaktperson
- 9.5 Avlösarservice i hemmet
- 9.6 Korttidsvistelse utanför hemmet
- 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
- 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan anpassad bostad för vuxna
- 9.10 Daglig verksamhet
- Individuell plan

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten.

JA

NEJ

Funktionshinder (kort beskrivning): _____

Behov av hjälp (tex förflyttning, personlig hygien):

Behjälplig vid upprättandet:

- Vårdnadshavare
- God man
- Förvaltare
- _____

Datum

Underskrift

Telefonnummer

Datum

Sökandes underskrift