



Sociala omsorgsförvaltningen
Funktionshinderverksamheten
501 80 Borås

Inkom

Sökande

För- och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress

Företrädare

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Annan		
För- och efternamn	Adress	Telefonnummer

Ansökan avser insats/insatser enligt 9 § LSS

<input type="checkbox"/> Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans.	<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov.
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice	<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdom som behöver bo utanför föräldrahemmet.
<input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson	<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna.
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	

Eventuell önskad omfattning av insats

--

Beskrivning

Anledning till ansökan
Funktionsnedsättning (diagnos och beskrivning)

