

**Ansökan avser**

|            |              |                           |  |
|------------|--------------|---------------------------|--|
| Namn       |              | Personnummer (10 siffror) |  |
| Adress     |              |                           |  |
| Postnummer | Ort          |                           |  |
| Telefon    | Mobiltelefon |                           |  |

**Diagnos**

|                                    |
|------------------------------------|
| Funktionshinder (kort beskrivning) |
|------------------------------------|

**Beskrivning av hjälpbehov**

|                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Beskriv vad du behöver hjälp med, beskriv gärna ett helt dygn, en vecka eller månad. |
|--------------------------------------------------------------------------------------|

**Insats/insatser som ansöks om**

|                                                                                         |                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personlig assistent                                            | <input type="checkbox"/> Ledsagarservice               |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson                                                  | <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet       |
| Korttidsservice utanför det egna hemmet:                                                |                                                        |
| <input type="checkbox"/> Stödfamilj                                                     | <input type="checkbox"/> Korttidshem                   |
| <input type="checkbox"/> Lägrverksamhet                                                 | <input type="checkbox"/> Annat: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år                      |                                                        |
| Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom               |                                                        |
| <input type="checkbox"/> Familjehem                                                     | <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service   |
| Bostad med särskild service eller annan anpassad bostad för vuxna                       |                                                        |
| <input type="checkbox"/> Servicebostad                                                  | <input type="checkbox"/> Gruppboendestad               |
| <input type="checkbox"/> Annan anpassad bostad                                          |                                                        |
| <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet                                              | <input type="checkbox"/> Individuell plan enl. 10§ LSS |
| <input type="checkbox"/> Förhandsbesked (vid flytt till Bollebygds kommun) enl. 16§ LSS |                                                        |

**Sökande är**

|                                         |                                         |                                             |                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personen själv | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare | <input type="checkbox"/> Förvaltare/god man | <input type="checkbox"/> Annan: _____ |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|

Medgiver Ni att erforderliga uppgifter av bedömning i ärendet får inhämtas från Försäkringskassan, Landsting Primärvård och kommun.

Ja  Nej

**Upplysning om PUL**

I syfte att administrera/handlägga ansökan kommer av dig lämnade personuppgifter att registreras och behandlas i enlighet med bestämmelserna i Personuppgiftslagen (1998:204)

**Underskrift**

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| Ort och datum         |                   |
| Sökandes namnteckning | Namnförtydligande |
| Sökandes namnteckning | Namnförtydligande |

**Behjälplig vid upprättandet**

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| Namnteckning | Namnförtydligande |
| Adress       |                   |
| Postnummer   | Ort               |
| Telefon      | Mobiltelefon      |