

Ansökan om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LLS)

Personuppgifter

Namn sökande		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon mobil	E-post

Ansökan avser följande insatser

<input type="checkbox"/> 9 § 2 Biträde av personlig assistent	<input type="checkbox"/> 9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> 9 § 3 Ledsagarservice	<input type="checkbox"/> 9 § 8 Bostad med särskild service för barn och unga
<input type="checkbox"/> 9 § 4 Kontaktperson/kontaktfamilj	<input type="checkbox"/> 9 § 9 Bostad med särskild service för vuxna
<input type="checkbox"/> 9 § 5 Avlösarservice i hemmet	<input type="checkbox"/> 9 § 10 Daglig verksamhet
<input type="checkbox"/> 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	

Ansöker om förhandsbesked

<input type="checkbox"/> Genom att kryssa i denna ruta ansöker jag om förhandsbesked
--

Beskrivning av funktionsnedsättning (kort beskrivning)

.....

.....

.....

.....

Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien)

.....

.....

.....

.....

Undertecknad godkänner att erforderligt underlag för detta beslut får inhämtas från försäkringskassan, pensionsmyndigheten, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt andra kommunala förvaltningar.

**Observera att underskrift av bägge vårdnadshavare krävs för att myndigheten ska kunna handlägga ansökan.
Läs om hur vi hanterar dina personuppgifter på www.ekero.se**

Ansökan gjord av

<input type="checkbox"/> Enskild/sökande	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare/förmyndare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
--	--	----------------------------------	-------------------------------------

God man/förvaltare/förmyndare/vårdnadshavare 1

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Mobil	E-post

Vårdnadshavare 2

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Mobil	E-post

Behjälplig vid upprättande

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Mobil	E-post

Underskrift

.....
Datum Sökande/vårdnadshavare 1/förmyndare/god man/förvaltare Namnförtydligande

.....
Datum Vårdnadshavare 2 Namnförtydligande

Underskrift av ungdom som fyllt 15 år (om möjligt)

.....
Datum Sökande ungdom Namnförtydligande

Underskrift behjälplig vid upprättande

.....
Datum Behjälplig Namnförtydligande

Sid 2 (2)