



NORDANSTIGS
KOMMUN

Skicka ansökan till: Nordanstigs kommun
Biståndsenheten Box 56
829 21 Bergsjö

Ankomstdatum: _____

Ansökan - Särskilda insatser enligt LSS

Personuppgifter

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer

Jag som söker är:

- Den funktionshindrade
 Vårdnadshavare
 God man
 Förvaltare
 Har fullmakt

Kryssa för de insatser som begärs enligt LSS 9 § (punkt 2–9)

- 2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för assistans.
 3 Ledsagarsevice.
 4 Biträde av kontaktperson.
 5 Avlösarservice i hemmet.
 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet.
 7 Korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år utanför det egna hemmet.
 8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom.
 9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna.
 10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig.

Anledning till ansökan

Funktionshinder (kort beskrivning):

Behov av hjälp, till exempel förflyttning, personlig hygien:

Samtycke

Jag medger att kommunen, för bedömning av ärendet, får inhämta de uppgifter som behövs från Försäkringskassan, sjukvården och annan socialtjänst.

 Ja Nej

De personuppgifter som du lämnat till oss kan komma att sparas och behandlas enligt kommunens principer för dataskydd. Du kan läsa mera på www.nordanstig.se/gdpr

Ort och datum
Namnteckning, sökande

Har någon hjälpt dig att fylla i ansökan?

Namnteckning	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och postort
Telefon	