

Ansökan om råd och stöd enligt LSS

Personuppgifter:

Namn:.....

Personnummer:.....

Adress:.....

Telefon:.....

Vårdnadshavare/god man:.....

Ansökan avser Råd och stöd enligt Lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS, § 9: 1.

Insatser som begärs:

.....
.....

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från kommunens LSS-handläggare, sjukvården och försäkringskassan.

Ja

Nej

Underskrift:

.....
Ort och datum

.....
Sökandes underskrift

Sökande:

Person med funktionsnedsättning

Vårdnadshavare

God man/Förvaltare

Behjälplig vid upprättandet:

.....
Namnteckning

.....
Adress

.....
Namnförtydligande

.....
Telefon

Ansökan skickas till: Habilitering & Hälsa, Regionens hus, Stationsgatan 3, 541 80 Skövde