

Ansökan om insatser enligt 9 § LSS

Sökande	Namn		Personnummer
	Adress		
	Telefonnummer/e-mail		
Typ av insats	Jag ansöker härmed om insatser jml 9 § LSS i form av: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Biträde av personlig assistent timmar/vecka <input type="checkbox"/> Ledsagarservice timmar/månad <input type="checkbox"/> Kontaktperson tillfällen/månad <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet timmar/månad <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet dygn/månad <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för barn över 12 år (förlängd skolbarnsomsorg) <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service/familjehem för barn och ungdomar <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet 		
Flytt till Ale Kommun	Jag ansöker härmed om <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Förhandsbesked 		
Beskrivning av funktionsnedsättning			
Läkarintyg som styrker diagnosen får gärna bifogas till ansökan, om sådant inte redan lämnats.			
Samtycke	Jag samtycker härmed till att uppgifter inhämtas från: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Habiliteringen <input type="checkbox"/> Sjukvård <input type="checkbox"/> Skola/Barnomsorg <input type="checkbox"/> Anhöriga..... <input type="checkbox"/> Övriga..... 		
Underskrift	Datum/Ort		
	Underskrift		Namnförtydligande
	Ansökan är undertecknad av <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Den enskilde <input type="checkbox"/> God man/Förvaltare <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ombud 		

Ansökan skickas till: Ale kommun, Sektor arbete, trygghet och omsorg, Biståndsenheten, 449 80 Alafors