



Bengtsfors
kommun



Dals-Eds
kommun



Färgelanda
kommun



Melleruds
kommun



Åmåls
kommun

ANSÖKAN OM LSS

Efternamn och alla förnamn		Personnummer
Adress		
Postadress	Telefonnummer	Mobilnummer

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen?)

Ansöker insats

- Rådgivning, personligt stöd
- Personlig assistent eller ekonomiskt stöd
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Namnförtydligande
	Telefonnummer (även riktnummer)
Utdelningsadress	Postnummer och postort

Medgivande

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från Försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten

Ja Nej

Sökande

Den sökande är
 Den funktionshindrade Vårdnadshavare God man Förvaltare

Den sökandes underskrift

Datum	Ort
Namnteckning	Namnförtydligande

Intyget skickas till:

Vård- och omsorgsförvaltningen
LSS teamet Dalsland
Box 62
662 22 Åmål

Med vänlig hälsning

LSS-handläggare:
Telefonnummer:
Fax: 0532-173 26