

**ANSÖKAN****om stöd och service jml 9 § lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.**

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
| Namn        | Personnummer            |
| Adress      |                         |
| Postnr /Ort | Telefonnr (även riktnr) |

Begär följande stöd/service:

- 9.1 Rådgivning, annat personligt stöd
- 9.2 Biträde av personlig assistent
- 9.3 Ledsagarservice
- 9.4 Biträde av kontaktperson
- 9.5 Avlösarservice i hemmet
- 9.6 Korttidsvistelse utanför egna hemmet
- 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
- 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- 9.10 Daglig verksamhet

Övriga upplysningar

|  |
|--|
|  |
|--|

Tillstånd att inhämta för utredningen nödvändig information från:

- Försäkringskassan       Behandl läkare       Habiliteringen       .....

Läkarens namn:.....

|                       |
|-----------------------|
| Ort och datum         |
| Sökandens underskrift |

Den sökande är

- Personen själv     Vårdnadshavare     Förmyndare     God man

.....  
Adress och telefon . Behjälplig vid upprättande av ansökan.