

Begäran om insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Sänds till: Handikappomsorgen
Västersjögatan 20 A
262 53 Ängelholm

Personuppgifter (den funktionshindrade)

Efternamn och alla förnamn		Personnummer
Adress		
Postnr och ort		
Telefonnummer hem	arbete	mobil

Funktionshinder / diagnos

.....

.....

Insatser som begärs

.....

.....

Sökande

Den sökande är

Den funktionshindrade Vårdnadshavare* Förvaltare God man

*Vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna.

Medgivande och Underskrift

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvideras från försäkringskassan, socialförvaltningen, skolan, sjukvården eller annan myndighet.

Sökandes underskrift

Ja Nej

Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Namnförtydligande

	Telefon (även riktnummer)

Utdelningsadress	Postnummer och postort
