



## ANSÖKAN

**Datum:**

\_\_\_\_\_

Sänds till:  
Vård- och omsorgsförvaltningen  
Box 201  
77628 Hedemora

### Personuppgifter:

Efternamn och samtliga förnamn

personnummer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Utdelningsadress, postnr, postadress

telefonnummer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Beskrivning:

Funktionshinder:

.....

.....

.....

.....

Beskriv ditt hjälpbehov. Vid ansökan om personlig assistans uppskatta antal timmar per dag/vecka

.....

.....

.....

.....

.....

Besked önskas senast .....

*Ansökan ska helst lämnas in tre månader innan*

**Postadress**

Box 201  
776 28 Hedemora

**Besöksadress**

**Telefon**

0225-340 00

**Telefax**

0225-341 64

Hemsida: [www.hedemora.se](http://www.hedemora.se)

E.post: [kommun@hedemora.se](mailto:kommun@hedemora.se)  
LSS Ansökningsblankett

- Insats/insatser som begärs
- Personlig assistans eller ekonomiskt stöd, antal timmar per dag/vecka
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildat sig
- Individuell plan
- Förhandsbedömning

### Sökande:

Den sökande är

- Den funktionshindrade
- Vårdnadshavare
- Förvaltare
- Godman

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderliga underlag för detta beslut får rekquireras från försäkringskassan och sjukvården samt habiliterings teamet.

- Ja
- Nej

### Sökandes underskrift

.....

### Behjälplig vid upprättandet av ansökan

Namnsteckning

.....

Namnförtydliganden

.....

Utdelningsadress

.....

Postadress och postnummer

.....

Telefonnummer

.....