

Begäran om insatser enligt LSS

Skicka blanketten till

Växjö kommun
 Arbete och välfärd
 Utredningsenheten för socialpsykiatri
 Box 1222
 351 12 VÄXJÖ

Personuppgifter

| | | |
|---|---------|---|
| Efternamn | Förnamn | Personnummer |
| Adress | | Telefon dagtid |
| Behov av tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | | Behov av teckenspråkstolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Om ja, vilket språk: | | |

Insatser enligt 9 § LSS *sätt kryss framför den insats som begärs*

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 9.2 Biträde av personlig assistent (väljer kommunen som utförare). <input type="checkbox"/> 9.2 Ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistent (väljer en privat utförare eller att själv vara arbetsgivare). <input type="checkbox"/> 9.3 Ledsagarservice <input type="checkbox"/> 9.4 Biträde av kontaktperson <input type="checkbox"/> 9.5 Avlösarservice i hemmet <input type="checkbox"/> 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet <input type="checkbox"/> 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet <input type="checkbox"/> 9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar <input type="checkbox"/> 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna <input type="checkbox"/> 9.10 Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig | | Datum för inflyttning till Växjö kommun |
| <input type="checkbox"/> Förhandsbesked, enligt 16 § LSS, om rätt till ovan begärda insatser (sökande från annan kommun som avser att flytta till Växjö kommun). | | |

Funktionsnedsättning (kort beskrivning, diagnos)

Anledning till ansökan

