ROBERTSFORS KOMMUN

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

Att tänka på:

-Om du har ett medicinskt intyg gällande din funktionsnedsättning, bifoga en kopia.

-Vid delad vårdnad ska ansökan vara underskriven av båda vårdnadshavare.

Ansökan gäller

För-och efternamn
Personnummer
Adress
Telefonnummer

ROBERTSFORS KOMMUN

Jag vill ansöka om:

☐Personlig assistans

☐Ledsagarservice

☐Kontaktperson

☐Avlösarservice

☐Kortidsvistelse utanför det egna hemmet

☐Korttidstillsyn för ungdomar över 12 år

☐Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar

☐Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad

☐Daglig verksamhet

Beskriv kortfattat din funktionsnedsättning och vilken hjälp du behöver:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ROBERTSFORS KOMMUN

Kontaktuppgifter

Vi kommer att kontakta dig om din ansökan och för att boka in ett utredningssamtal.
Hur vill du att vi ska kontakta dig?

☐Telefon- Ange telefonnummer

☐Mail- ange mailadress

☐Via ombud
Namn: Telefonnummer:
Mail:

Sökandes underskrift

Datum	Underskrift	Namnförtydligande

ROBERTSFORS KOMMUN

Handlingarna skickas till:

LSS-handläggare
Social sektorn
Robertsfors kommun
Fabriksvägen 3, 915 32 Robertsfors

Kontakt
För mer information kontakt kommunens växel på 0934-140 00 och be om att bli kopplad till LSS handläggare.