

Personuppgifter (för dig som ansökan gäller)

För- och efternamn		Personnummer
Adress		Postadress
Telefon/mobiltelefon	E-post	

Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket språk?
Behöver du kommunikationshjälpmedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket?

Har du en god man eller förvaltare?

Om du har en god man eller förvaltare ska du skicka med ett förordnande första gången du skickar in ansökan.

<input type="checkbox"/> Jag har god man <input type="checkbox"/> Jag har förvaltare	För- och efternamn
Telefon/mobiltelefon	E-post

Vårdnadshavare (för dig under 18 år)

För- och efternamn vårdnadshavare 1	
Telefon/mobiltelefon	E-post
För- och efternamn vårdnadshavare 2	
Telefon/mobiltelefon	E-post

Jag ansöker om följande insatser

<input type="checkbox"/> Personlig assistans 9§2	_____
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice 9§3	_____
<input type="checkbox"/> Kontaktperson 9§4	_____
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet 9§5	_____
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse 9§6	_____
<input type="checkbox"/> Korttidsstillsyn 9§7	_____
<input type="checkbox"/> Familjehem eller boende för barn/unga 9§8	_____
<input type="checkbox"/> Boende för vuxna 9§9	_____
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet 9§10	_____
<input type="checkbox"/> Individuell plan (för dig som redan har LSS-insatser) 10§	_____
<input type="checkbox"/> Förhandsbesked (för dig som bor i en annan kommun) 16§	_____

Vilket skäl till ansökan har du?

--

Har du ersättning från försäkringskassan?

Vårdbidrag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange hur mycket i % <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%
Aktivitetsersättning eller sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange hur mycket i % <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%
Handikappersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange vilken nivå <input type="checkbox"/> lägsta <input type="checkbox"/> mellan <input type="checkbox"/> högsta
Assistansersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange hur många timmar per vecka/månad

Har du stöd av andra verksamheter?

Har du kontakt med habiliteringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange vilken
Är du inskriven på arbetsförmedlingen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange vilken
Övriga kontakter anges här	

För en snabbare handläggning är det önskvärt att läkarintyg och/eller psykologutlåtande bifogas. Det gäller framförallt när LSS-insatser söks för första gången.

Underskrift (Om det finns två vårdnadshavare ska båda skriva under ansökan)

Ort och datum
Underskrift av dig som ansökan gäller (över 15 år)
Namnförtydligande

Ort och datum	Ort och datum
Underskrift av vårdnadshavare 1	Underskrift av vårdnadshavare 2
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Underskrift av god man/förvaltare	Namnförtydligande

Ansökan skickas till nedanstående adress.

Danderyds Kommun
Socialkontoret
Box 28
182 11 DANDERYD

Tel. 08 - 568 91 000
Fax 08 - 568 91 104

e-post
socialkontor@danderyd.se