

Datum: \_\_\_\_\_

## ANSÖKAN OM INSATSER ENLIGT 9 § LSS

(Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)

\_\_\_\_\_  
Efter- och förnamn

\_\_\_\_\_  
Pers.nr

\_\_\_\_\_  
Postadress

\_\_\_\_\_  
Telefonnr

\_\_\_\_\_  
Övrigt (anhörig, god man)

9:1 Råd och stöd (sökts via hab.team)

9:2 Biträde av personlig assistent  .....

9:3 Ledsagarservice  .....

9:4 Biträde av kontaktperson  .....

9:5 Avlösarservice i hemmet  .....

9:6 Korttidsvistelse utanför hemmet .....

9:7 Korttidstillsyn för skolungdomar .....

9:8 Boende i för barn och ungdomar  .....

9:9 Bostad med särskild service  
för vuxna - GRUPPBOSTAD  .....

9:10 Daglig verksamhet .....

Ansökan gjord av: Namn: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Tel arb: \_\_\_\_\_

Blanketten sänds till: SOCIALFÖRVALTNINGEN  
YDRE KOMMUN  
570 60 YDRE