

Insändes till:
Region Kronoberg
Habiliteringen
Box 1223
351 12 Växjö

Habiliteringen



Ansökan om insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

.....
Namn

.....
Personnummer

.....
Adress

.....
Telefon

.....
Namn, adress, telefon till ev. god man/förvaltare

Insatser som begärs:

- rådgivning och annat personligt stöd (enl. § 9:1 LSS)
- individuell plan (enl. § 10 LSS) i samband med beviljad insats.

Ansökan avser:

- den funktionshindrade själv
 anhörig dvs.

Sökande:

- personen själv
 förvaltare
 god man

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från sjukvård och kommunal verksamhet.

- Ja Nej

Beskrivning av behov och önskemål:

.....
.....
.....

Beskrivning av funktionsnedsättning:

.....
.....

Att kontakta vid behov:

Underskrift:

Ort och datum:

Sökandes/god mans underskrift, namnförtydligande:

...../.....