

Den sökandes namn och adress		<b>ANSÖKAN</b> Särskilda insatser enligt LSS  Sänds till <b>LSS-handläggaren</b> <b>Överkalix kommun</b> <b>956 81 ÖVERKALIX</b>
Personnummer	Telefon (även riktnummer)	

### Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)
Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien)
Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

### Insats/Insatser som begärs

### Om ansökan görs av ställföreträdare

<input type="checkbox"/>	Rådgivning eller annat personligt stöd	Den insatsen avser
<input type="checkbox"/>	Personlig assistent eller ekonomiskt stöd	Namn:
<input type="checkbox"/>	Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder	Personnummer:
<input type="checkbox"/>	Ledsagarservice	Adress:
<input type="checkbox"/>	Biträde av kontaktperson	Ställföreträdare
<input type="checkbox"/>	Avlösarservice i hemmet	Vårdnadshavare
<input type="checkbox"/>	Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	God man
<input type="checkbox"/>	Korttidsstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet	Förvaltare
<input type="checkbox"/>	Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom	
<input type="checkbox"/>	Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	

### Medgivande

Medges att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

### Den sökandes/ställföreträdarens underskrift

Namn-teckning	Namn-förtydligande
---------------	--------------------

### Behjälplig vid upprättandet

Namn-teckning och namn-förtydligande	Telefon (även riktnummer)
Utdelningsadress	Postnummer och postort