



Ansökan om särskilda insatser för stöd och service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Vård- och omsorgsförvaltningen

De uppgifter du lämnar behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen. För mer information om hur dina uppgifter behandlas, se Mölnåls stads webbplats www.molndal.se/personuppgift.

Namn
Adress
Postadress och postnummer
Telefon (även riktnummer)
Personnummer

Skicka ansökan till

Biståndsenheten
Mölnåls stad
431 82 Mölnåls

Biståndsenheten

031-315 10 00
Mån-fre 09:00 – 10:00
Besök avtalas med
biståndshandläggare.

Funktionsnedsättning

--

Vilken form av stöd och service behöver du enligt din egen uppfattning?

<input type="checkbox"/> Personlig assistans alternativt ekonomiskt stöd för sådan assistans	<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom
<input type="checkbox"/> Förhandsbesked	<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn/ungdom
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice	<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna
<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet	<input type="checkbox"/> Boendestöd enligt socialtjänstlagen, SoL
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför hemmet	

Observera att rådgivning och personligt stöd söker du hos Habilitering Göteborg och Södra Bohuslän.

Jag godkänner att vård- och omsorgsförvaltningen hämtar in nödvändiga uppgifter om mig från andra myndigheter, läkare eller dylikt.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Datum	Underskrift med namnförtydligande
-------	-----------------------------------

Om någon hjälpt till att fylla i blanketten, ange vem

<input type="checkbox"/> Anhörig	<input type="checkbox"/> Vårnadshavare	<input type="checkbox"/> Godman eller förvaltare	<input type="checkbox"/> Annan
Namn	Adress	Telefon (även riktnummer)	