



- Rådgivning, personligt stöd
- Personlig assistent eller ekonomiskt stöd
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

### Behjälplig vid upprättandet

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| Namnteckning     | Namnförtydligande               |
|                  | Telefonnummer (även riktnummer) |
| Utdelningsadress | Postnummer och postort          |

### Medgivande

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från Försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten

- Ja       Nej

### Sökande

Den sökande är

- Den funktionshindrade     Vårdnadshavare     God man     Förvaltare

### Den sökandes underskrift

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| Datum        | Ort               |
| Namnteckning | Namnförtydligande |

**Ansökan insändes till:**

**Vård- och omsorgsförvaltningen  
LSS teamet Dalsland  
Box 62  
662 22 ÅMÅL**

**Med vänlig hälsning**

**LSS-handläggare  
Telefonnummer: 0532-170 62  
Fax: 0532-173 28**